TOM IX. ZESZYT 1.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

WYCHODZI ZESZYTAMI, CZTERY ZESZYTY ROCZNIE, PRZY WSPÓŁUDZIALE

D-ra L. Batawji, D-ra B. Chorążyckiego, D-ra J. Czarneckiego, D-ra C. Czarnowskiego, D-ra Z. Dobrowolskiego, Doc. A. Dobrzańskiego, Doc. B. Dylewskiego, D-ra F. Gotfryda, D-ra W. Gumińskiego, D-ra D. Hellina, D-ra B. Karbowskiego, D-ra J. Kmity, D-ra M. Koenigsteina, Prof. A. Laskiewicza, D-ra L. Lublinera, D-ra O. Pęskiego, D-ra J. Pieniążka, D-ra R. Sinołęckiego, D-ra Z. Srebrnego, D-ra S. Szumkowskiego, D-ra A. Schwarzbarta, Prof. J. Szmurły, D-ra E. Tryjarskiego, Doc. T. Wąsowskiego i Prof. T. Zalewskiego.

Redaktor Naczelny: Prof. D-r J. SZMURŁO.

Wydawca: D-r J. CZARNECKI.

Sekretarz Redakcji: Doc. T. WĄSOWSKI.

Członek Redakcji: Doc. B. DYLEWSKI.

Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
" podwójnego " 10 "

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUK. „PAX". WILNO. ŚW. IGNACEGO Nr 5.

TREŚĆ NUMERU.

SOMMAIRE.

TOM IX. ZESZYT 1.

Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

ORGAN POLSKIEGO TWA OTO-LARYNGOLOGICZNEGO

Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
„ podwójnego „ 10 „

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

TOW. WYD. „POGOŃ". DRUK. „PAX". WILNO, ŚW IGNACEGO Nr 5.

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

Z kliniki Otolaryngologicznej U. P. (Dyr. Prof. Dr. *A. Laskiewicz).*

W sprawie rentgenologicznego obrazu nosa i jam bocznych w nieżycie zanikowym nosa z cuchnieniem (ozaena genuina).

Podał: Prof. Dr. A. LASKIEWICZ.

Badania nad patogenezą nieżytu zanikowego nosa z cuchnieniem wyłoniły kwestję istnienia związku przyczynowego między zanikiem błony śluzowej nosa, a schorzeniem jam bocznych nosa (jawnem lub ukrytem), względnie czy postępującemu zanikowi tejże śluzówki odpowiadają jakiekolwiek zmiany w budowie ścian kostnych nosa, jamy szczękowej, sitowej, czołowej i klinowej. Liczne obserwacje kliniczne przypadków zapaleń jam bocznych wykazały, że błona śluzowa nosa jest na działanie wydzieliny ropnej z jam bocznych stosunkowo oporna w porównaniu z błoną śluzową gardła środkowego, górnego i krtani, że oddziaływa ona raczej rozrostem tych części śluzówki, które są położone najbliżej ujść zatok nosowych, to jest w pierwszym rzędzie muszli środkowej. W późniejszych dopiero stadjach przyjść może do jej zaniku z zasychaniem wydzieliny ropnej na jej powierzchni, lecz zasychanie to nie obejmuje tak znacznej części śluzówki jak w ozenie, strupy dają się łatwo oddzielić i znikają po wyleczeniu ropienia w danej jamie bocznej. Również i cuchnienie zaschłej wydzieliny ropnej w tych wypadkach różni się zasadniczo od wstrętnej i przejmującej woni w ozenie. A jeżeli po zabiegach endonasalnego otwarcia jamy szczękowej przychodzi niejednokrotnie także do zasychania wydzieliny w jej obrębie, powstałe na tem tle cuchnienie przypomina raczej woń gotowanego kleju stolarskiego niż zapach ozeny. Ozena jam bocznych nosa jest więc nazwą nieusprawiedliwioną.

Naogół spotykamy wyraźne zaciemnienie djafanoskopowe i rentgenologiczne jam bocznych nosa w ozenie stosunkowo rzadko,

z nich częściej jamy szczękowej i komórek sitowych w początkowych okresach tego cierpienia, kiedyto błona śluzowa muszel nosowych może jeszcze wykazywać rozrost. Stan ten, spotykany zazwyczaj w dzieciństwie, zależy niewątpliwie od pewnych czynników konstytucyjnych ustroju, a w dalszym ciągu dopiero od rodzaju zakażenia, atakującego równocześnie jedną z jam bocznych nosa (*Albrecht*). W stadjum wyraźnego zaniku śluzówki jamy nosowej wydzielina z jamy bocznej, dotkniętej pierwotnie procesem zapalnym zjawia się tylko przejściowo i nie oddziaływa na dalszy postęp sprawy zanikowej w nosie i powstawanie cuchnienia. Równocześnie rozwijająca się atrofja śluzówki nosa i jam bocznych sprawia, że ostre zapalenie nieżytowe nosa jakoteż nawroty przebytych poprzednio zapaleń jam bocznych zdarzają się wyjątkowo. Sposoby operatywnego leczenia ozeny rzuciły dużo światła na ciemne dotąd kwestje zachowania się ścian kostnych nosa i jam bocznych w ozenie oraz grubszych gałązek naczyń krwionośnych i nerwów, zaopatrujących wspomniane części jamy nosowej. Wszakże na tejto drodze udało się *Lautenschlägerowi* wykazać owe charakterystyczne zgrubienia wszystkich warstw ściany większych gałązek tętniczych w nosie, prowadzące do zupełnego zamknięcia światła, któreto zmiany stanowią istotę procesu zanikowego śluzówki i kości muszli nosowych. Także i co do rodzaju i natury zmian całego rusztowania kostnego wnętrza nosa oraz ścian jamy szczękowej i komórek sitowych wypowiedział się wspomniany autor za procesem sklerotycznym i eburneacją kości jako charakterystycznemi dla ozaena genuina. Potwierdzenie tego spostrzeżenia znajdujemy przedewszystkiem w obrazie rentgenologicznym jamy nosowej, wykazującym w każdym przypadku ów ścisły związek pomiędzy zachowaniem się wnętrza nosa i jam bocznych, a budową kości twarzowych. Na dostępnym mi materjale klinicznym, obejmującym 50 przypadków ozeny, starałem się zanalizować poszczególne rentgenogramy nosa i jam bocznych pod względem zachowania się ich ścian kostnych oraz stosunku zaniku błony śluzowej i muszel nosowych do pewnych nieprawidłowości w budowie i rozwoju jam bocznych nosa (zwłaszcza czołowej i komórek sitowych).

W badanych przypadkach uderza przewaga płci żeńskiej: na 50 przyp. 30 kobiet i 20 mężczyzn, co zdawałoby się przemawiać więcej za podłożem neurowegetatywnem czy endokrynologicznem ozeny niż za teorją zakaźną. Kontury jamy nosowej wykazują w przeważnej liczbie przypadków wyraźne rozszerzenie jakkolwiek w różnym stopniu, zależnie od zachowania się przegrody nosa. A mianowicie w 15

przypadkach przechylenia przegrody w prawo lewa jama nosowa była znacznie szersza niż prawa, w 8-miu przypadkach prawa jama nosowa wykazała obszerniejszą pojemność niż lewa, a w pozostałych 27-miu obie połowy nosa były równomiernie rozszerzone wskutek daleko posuniętego zaniku błony śluzowej i muszel nosowych. Wykrzywienia przegrody nosa znalazłem ogółem w 23-ch przyp. Zanik zaś muszel, w szczególności dolnej, w 25-ciu przypadkach. W 2-ch była ona lekko powiększona a w 23-ch wykazywała wygląd niezmieniony. Jamy boczne nosa przedstawiały się na zdjęciach rentgenowskich w sposób następujący: jama szczękowa wykazała w 18-tu przypadkach obustronne wyraźne przejaśnienie. W 20-tu przypadkach można było zauważyć jednostronne, a w 5-ciu obustronne zatarcie zarysów jamy *Highmora*. Wreszcie w 7-miu przypadkach światło tej jamy było znacznie zredukowane do wielkości małego owalnego przejaśnienia (p. rys. III-ci). W 2-ch przypadkach obecności polipowatych zgrubień muszli środkowej wstrzyknąłem do wnętrza jamy szczękowej zaciemnionej na poprzedniem zdjęciu po 2.5 c. jodipiny 20% z każdej strony w celu przekonania się o stanie jej śluzówki, poczem wykonałem zdjęcie rentgenowskie jamy bocznej nosa w prostej pozycji głowy. W obu przypadkach (p. rys. V-ty) cień lipjodolowy wykazał zarysy prawidłowe, menisk niezmieniony, jako dowód, że zmiany te nie stały w łączności z jakiemkolwiek schorzeniem jamy *Highmora*.

Przypadki z powstrzymywanym rozwojem jamy szczękowej i czołowej odznaczały się większą grubością i spoistością ścian kostnych nosa. Próbne przekłucie jamy szczękowej (pod małżowiną dolną) nie dało się wykonać nawet przy pomocy grubej igły *Lichtwitza* a z trudnością tylko przy pomocy trójgrańca *Krauzego*. Co się zaś tyczy obrazu rentgenowskiego komórek sitowych, to w przeważnej liczbie przypadków (23) spotykałem nadmierny ich rozwój, połączony z rozszerzeniem poszczególnych komórek sitowych i znacznem ścieńczeniem ich ścian. Ścieńczenie to może w niektórych przypadkach prowadzić do redukcji przegródek kostnych międzykomórkowych, wskutek czego powstają w obrębie danego błędnika sitowego większe lub mniejsze przestrzenie pneumatyczne, odcinające się ostro od otoczenia. Większe przejaśnienia zauważyłem w 20-tu przypadkach ozeny; stanowią one pewną charakterystyczną cechę obrazu rentgenowskiego tego cierpienia. Inne znów cechy, jako to zaćmienie lub zamazanie zarysów komórek sitowych, które spotykałem w 8-miu

przypadkach, asymetrja w budowie, połączona z pewnym niedorozwojem poszczególnych części błędnika sitowego, nie mają zdaniem mojem ważniejszego znaczenia w ocenie wspomnianych zmian w jamie nosowej, gdyż spotkać je można często także i w stanach prawidłowych.

Jama klinowa przedstawiała stosunkowo najmniej zmian: w jednym tylko przypadku znalazłem lekkie zaciemnienie konturów jej swiatła, które w czterech przypadkach było wyraźnie rozszerzone w wymiarze przedniotylnym. W tych razach także i siodełko miało zarysy wydłużone, ze strony zaś przysadki mózgowej nie dało się stwierdzić jakichkolwiek objawów nadczynności. Wybitne zmniejszenie światła jamy klinowej na tle jej niedorozwoju spotykałem w przypadku 3-cim, w którym brak było zupełnie jamy czołowej, kontury błędnika sitowego były częściowo zatarte, a jama górnoszczękowa zredukowana do wielkości małego owalnego przejaśnienia.

Największą rozmaitość w zachowaniu się obrazu rentgenowskiego mogłem stwierdzić w stosunku do jamy czołowej w tem znaczeniu, że procentowo częściej spotykałem przypadki zupełnego braku tej zatoki (10 przyp.). W 8-miu przypadkach jama ta była obustronnie a w 10-ciu jednostronnie wybitnie zmniejszona. Zatarcie zarysów jamy czołowej dało się zauważyć w jednym tylko przypadku, silnie zaś rozwinięta pneumatyzacja w 5-ciu przypadkach.

Pod względem stosunku i zachowania się kości twarzowych w odniesieniu do zmian w nosie i jamach bocznych badanych przypadków zaznaczyć należy, że istnieją trojakie typy obrazów rentgenowskich czaszki w ozenie: Do *pierwszych* zaliczam przypadki o regularnej budowie jam bocznych, w których spotyka się conajwyżej owe charakterystyczne przejaśnienia w obrębie błędnika sitowego (p. rys. I-szy). Przypadki te wykazują ścianki kostne jam bocznych nosa, zwłaszcza jamy szczękowej znacznie ścieńczałe. *Typ II-gi* tworzą przypadki, w których jedna z jam bocznych nosa najczęściej czołowa lub sitowa wykazują obustronnie wybitne zmniejszenie zarysów ich światła na tle niedorozwoju (p. rys. II-gi i IV — 25% badanych przyp.). Ściana wewnętrzna jamy szczękowej bywa w tych wypadkach dość zbita i zgrubiała (eburneacja kości). Również i trzon kości czołowej jest znacznie grubszy i wykazuje szersze przegródki kostne (zatoki czołowej) a w szczególności środkową, przedstawiającą na zdjęciu jak gdyby bezpośrednie przedłużenie przegrody kostnej nosa w górę. Krawędź kostna łuku brwiowego i podoczodołowa oraz

brzegi otworu gruszkowatego nosa występują na zdjęciu jako wyraźne listewkowate zgrubienia. Typ ten spotyka się często w wypadkach ozeny u dzieci. Wreszcie *typ III-ci* dotyczy tych rzadkich przypadków (5% badanych przyp.), w których zdjęcie rentgenowskie wykazuje zupełny brak jamy czołowej, zmniejszenie, względnie całkowite zatarcie zarysów jamy klinowej i komórek sitowych, a nadto niewykształconą jamę szczękową jak w przypadku 3-cim (p. rys. III), zredukowaną obustronnie do małego, owalnego przejaśnienia. Trzon kości czołowej a w szczególności listwa przegrodowa i krawędzie nadoczodołowe są w tych przypadkach znacznie zgrubiałe i występują w obrazie rentgenowskim na pierwszym planie. To samo dotyczy brzegów otworu gruszkowatego nosa, które odcinają się ostro od zarysów kości górnoszczękowej. Kość licowa tak w 3-m jak i w 4-m przypadku jest silniej konturowana i wykazuje zbitsze utkanie kostne, jak w typach poprzednich.

We wszystkich powyższych przypadkach uzębienie nie przedstawiało żadnych nieprawidłowych cech, któreby mogły nasunąć podejrzenie dziedzicznej kiły, jak również próby krwi na odczyn Wa i SG. wypadały zawsze ujemnie. Jako wspólną cechę wszystkich tych typów podkreślić należy, że im zmiany zanikowe w nosie są silniej wyrażone tem roentgenogram jam bocznych nosa jest bardziej ujemny, wykazując stosunki prawidłowe. Zaznacza się w tem owa rozbieżność pomiędzy nawet daleko posuniętemi zmianami w nosie, a stanem jam bocznych, potwierdzająca zapatrywanie, że punkt wyjścia sprawy zanikowej nie leży w jakiemś ognisku zapalnem, ukrytem w jamie bocznej nosa, jak to przypuszczał *Grünwald.* Z drugiej znów strony obserwacje kliniczne wykazały, że zajęcie jam bocznych nosa w „ozaena genuina", przedstawiające się na zdjęciach roentgenologicznych jako zaciemnienie konturów jednej względnie kilku jam 1-go czy 2-go rzędu, należy uważać za zjawisko przypadkowe, nie stojące w związku z procesem zanikowym śluzówki nosa, który powstaje wskutek zmian uszkadzających naczynia samej śluzówki i ściany kostnej nosa, a w dalszym ciągu rozszerza się w kierunku zstępującym na jamę nosowogardłową, gardłową, krtań i tchawicę.

Zestawienie tabelaryczne przypadków ozeny badanych rinologicznie i rentgenologicznie.

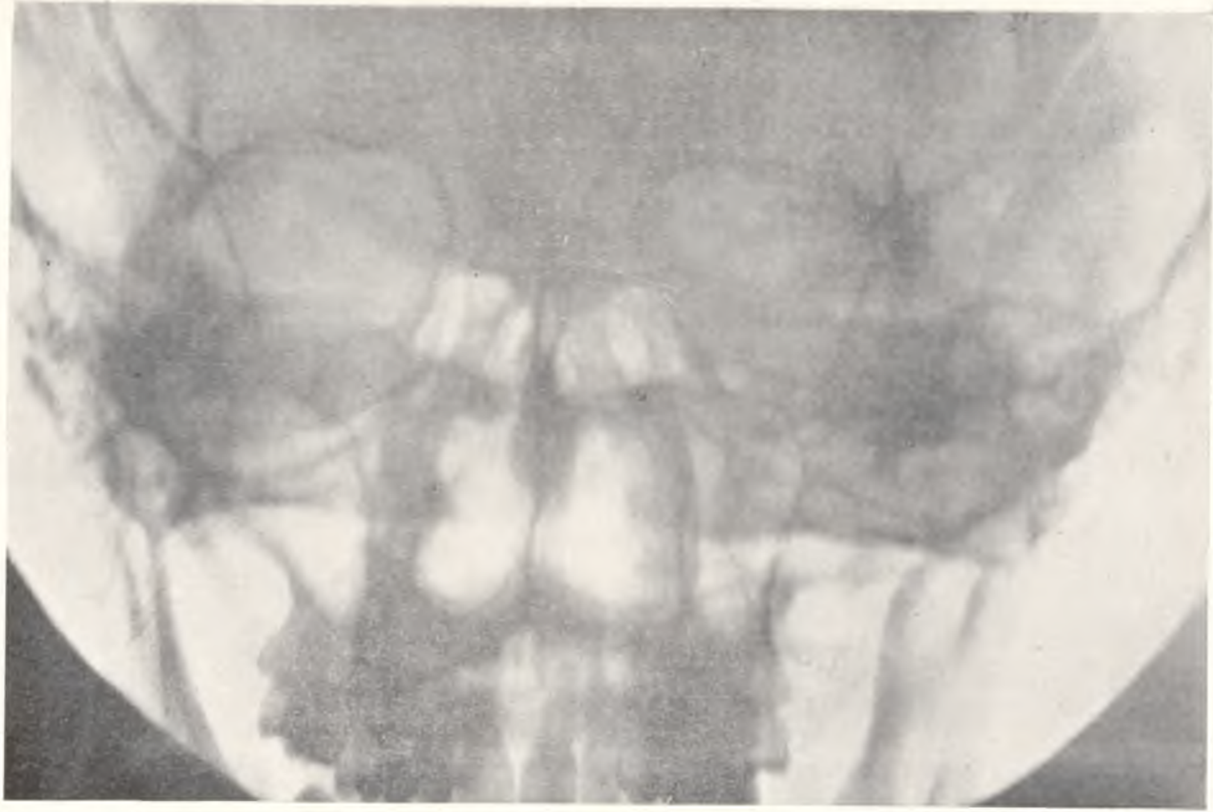
L. p.	Imię i nazwisko	Wiek	Płeć	Jama nosowa, przewody	Septum	Muszle nos.	Komórki sitowe	Jama Highmora		Jama czołowa	Jama klinowa
								prawa	lewa		
1	W. B.	24	m.	lewa zn. szersza	dev. dextra	obustron. zanikłe	w pr. wyraźne przejaśnienie	zaćmiona	jasna	prawa szersza	bez zmian
2	A. K.	18	k.	prawa szeroka	dev. sin.	zanikłe	bez zmian	bez	zmian	szerokie	bez zmian
3	D. J.	19	m.	lewa szersza	dev. dextra	zanikłe	po lewej przyćmiona	jasna	zaćmiona	prawa węższa	bez zmian
4	N. St.	21	m.	obustronnie szerokie	proste	zanikłe	po lewej przyćmienie	bez	zmian	pneumatyzacja wyraźna	bez zmian
5	O. L.	23	m.	lewa jama szersza	dev. dextra	po prawej silniej zanikłe	po lewej przyćmienie	bez	zmian	bez zmian	bez zmian
6	Ch. J.	18	k.	obustron. równom. rozszerzone	proste	obustron. równomier. zanikłe	bez zmian	lekko przyćmiona	bez zmian	równom. szerokie bez zmian	bez zmian
7	Sch. M.	26	k.	lewa jama nos. szersza	dev. dextra	po prawej bardziej zanikłe	po lewej przyćmione	bez	zmian	bez zmian	bez zmian
8	M. P.	24	m.	obustronnie równomier. rozszerzone	proste	zanikłe	bez zmian	lekko przyćmiona	bez zmian	bez zmian	bez zmian
9	J. T.	28	k.	prawa szersza	dev. sin.	po prawej zanik silniejszy	bez zmian	bez	zmian	lewa znacznie szersza	bez zmian
10	J. M.	32	k.	obustronnie równomier. rozszerzone	proste	zanikłe	po stronie lewej silniej pneumatyz.	bez	zmian	bez zmian	bez zmian

L. p.	Imię i nazwisko	Wiek	Płeć	Jama nosowa przewody	Septum	Muszle nos.	Komórki sitowe	Jama Highmora prawa	Jama Highmora lewa	Jama czołowa	Jama klinowa
11	W. A.	25	m.	prawa znacznie szersza	dev. sin,	zanikłe	pneumatyzacja zredukowana	bez	zmian	obustronna wyraźna pneumatyz.	bez zmian
12	J. St.	21	m.	lewa zn. szersza	dev. dextra	po lewej zanik silniejszy	obustronne wyraźne przejaśnien.	lekko przyćmiona	bez zmian	pneumatyzacja wyraźna lewa szersza	bez zmian
13	P. Ant.	26	m.	obustronnie równomiern. rozszerzone	proste	zanikłe	bez zmian	bez zmian	lekko przyciemniona	pneumatyz. wyraźna prawa szersza	bez zmian
14	G. M.	27	k.	lewa zn. szersza	dev. dextra	zanikłe	bez zmian	przyćmiona	bez zmian	pneumatyzacja znacznie zredukowana	bez zmian
15	W. J.	28	m.	obustronnie równomiern. rozszerzone	proste	zanikłe	po prawej wyraźne przejaśnien.	bez zmian	zredukowane światło do połowy wielk. prawej	bez zmian	bez zmian
16	St. A.	31	k.	lewa jama szersza	dev. sin.	zanikłe	lewa lekko przyćmiona	bez zmian	światło zredukowane do owalnego przejaśnienia	pneumatyzacja obustron wyraźna	bez zmian
17	W. St.	29	k.	równomiernie rozszerzone	proste	zanikłe	bez zmian	lekko przyćmiona	bez zmian	pneumatyzacja obustron wyraźna	bez zmian
18	D. R.	26	m.	równomiernie rozszerzone	proste	zanikłe	bez zmian	bez	zmian	pneumatyzacja obustron wyraźna	bez zmian
19	P. J.	28	m.	lewa jama szersza	dev. dextra	po lewej zanik silniejszy	bez zmian	bez zmian	lekko zamglona	silnie pneumatyzowane	bez zmian
20	F. A.	22	k.	obustronnie znacznie rozszerzone	dev. dextra lekkiego stopnia	po lewej zanik silniejszy	wyraźne przejaśnien. po obu stron.	lekko przyćmiona	bez zmian	pneumatyzacja zredukowana	bez zmian
21	K. M.	28	k.	lewa silniej rozszerzona	dev. dextra	zanikłe	po lewej wyraźne przejaśnien.	lekko przyćmiona	bez zmian	pneumatyzacja obustron wyraźna	bez zmian

L. p.	Imię i nazwisko	Wiek	Płeć	Jama nosowa, przewody	Septum	Muszle nos.	Komórki sitowe	Jama Highmora		Jama czołowa	Jama klinowa
								prawa	lewa		
22	O. A.	25	k.	równomiernie rozszerzone	proste	zanikłe	bez zmian	bez zmian	lekko przyćmiona	pneumatyzacja obustron wyraźna	bez zmian
23	Ś. J.	6	m.	równomiernie rozszerzone	proste	zanikłe	lewa zaćmiona	bez zmian	lekko przyćmiona	lewej jamy brak prawa zn. zreduk.	bez zmian
24	R. Ż.	36	k.	znacznie rozszerzone	proste	zanikłe	bez zmian	bez zmian	małe kontury zamazane	lewa szersza	mała
25	W. A.	22	k.	równomiernie szerokie	proste	zanikłe	bez zmian	bez	zmian	małe, prawa węższa	bez zmian
26	P. K.	30	m.	równomiernie szerokie	proste	zanikłe	wyraźne przejaśnien. po obustron.	lekko zaciemniona	bez zmian	małe, prawa węższa	bez zmtan
27	Ż. W,	27	k.	równomiernie szerokie	proste	zanikłe	częściowo zredukowane	bez	zmian	małe, prawa węższa	bez zmian
28	T. A.	24	m.	lewa znacznie szersza	dev. dextra	zanikłe zwłaszcza po lewej	częściowo zredukowane	bez zmian	lekko zaciemniona	małe lewa szersza	bez zmian
29	T. M.	32	k.	lewa znacznie szersza	dev. dextra	zanikłe	częściowo zredukowane	bez zmian	lekko zaciemniona	pneumatyzacja silnie rozwinięta	bez zmian
30	Krz. Ap.	28	k.	obustronnie znacznie rozszerzone	dev. sin.	zanikłe	częściowo zredukowane	lekko zaciemniona	bez zmian	małe, lewa szersza	bez zmian
31	D. M.	30	m.	lewa szersza	dev. dextra	zanikłe	zaciemnione	lekko zaciemniona	bez zmian	pneumatyzacja znacznie rozwinięta	bez zmian
32	P. Ign.	26	m.	obustronnie znacznie rozszerzone	proste	zanikłe	wyraźne przejaśnien. po obustron.	mała	lekko zaciemniona	małe	bez zmian

L. p.	Imię i nazwisko	Wiek	Płeć	Jama nosowa, przewody	Septum	Muszle nos.	Komórki sitowe	Jama Highmora		Jama czołowa	Jama klinowa
								prawa	lewa		
33	M. W.	21	m.	lewa szersza	dev. dextra	zanikłe	wyraźne przejaśnien. po obustron.	bez	zmian	prawej brak	bez zmian
34	B. St.	21	m.	obustronnie znacznie rozszerzone	proste	zanikłe	bez zmian	bez zmian	zaciemnione	lewa średnio rozwinięta, prawej brak	bez zmian
35	R. Z.	18	k.	lewa znacznie szersza	dev. dextra	zanikłe	wyraźne przejaśnien. w praw.	bez	zmian	lewej brak	bez zmian
36	K. J.	19	k.	obustronnie rozszerzone	dev. sin.	zanikłe	po stronie lewej	bez	zmian	pneumatyzacja znacznie rozwinięta	bez zmian
37	W. I.	28	m.	obustronnie rozszerzone	proste	zanikłe	wyraźne przejaśnien. w prawej	bez	zmian	brak obu jam	mała
38	K. E.	20	k.	prawa szersza	dev. sin.	zwłaszcza po prawej	bez zmian	bez	zmian	brak obu jam	bez zmian
39	R. A.	55	k.	obustronnie znacznie rozszerzone	proste	obustronnie znacznie zanikłe	bez zmian	bez	zmian	małe	bez zmian
40	R. Z.	25	m.	lewa szersza	dev. dextra	zanikłe	wyraźne przejaśnien. po obu stron.	bez	zmian	średnie, lewa znacznie mniejsza	bez zmian
41	W. M.	22	k.	obustronnie rozszerzone	dev. sinistra	zanikłe	lekko zaciemnione	bez	zmian	lewa mała, nieco wydłużona w bok, prawej brak.	bez zmian
42	B. St.	27	m.	lewa znacznie rozszerzona	dev. dextra	zanik znacznego stopnia	obustronnie zaciemnione	obustronnie zredu	znacznie kowane	brak obu zatok	kontury niewyraźne i zaciemnione
43	J. E.	19	k.	lewa jama szersza	dev. dextra	zanikłe	obustronne wyraźne przejaśnien.	bez	zmian	średniej wielkości prawa szersza	bez zmian

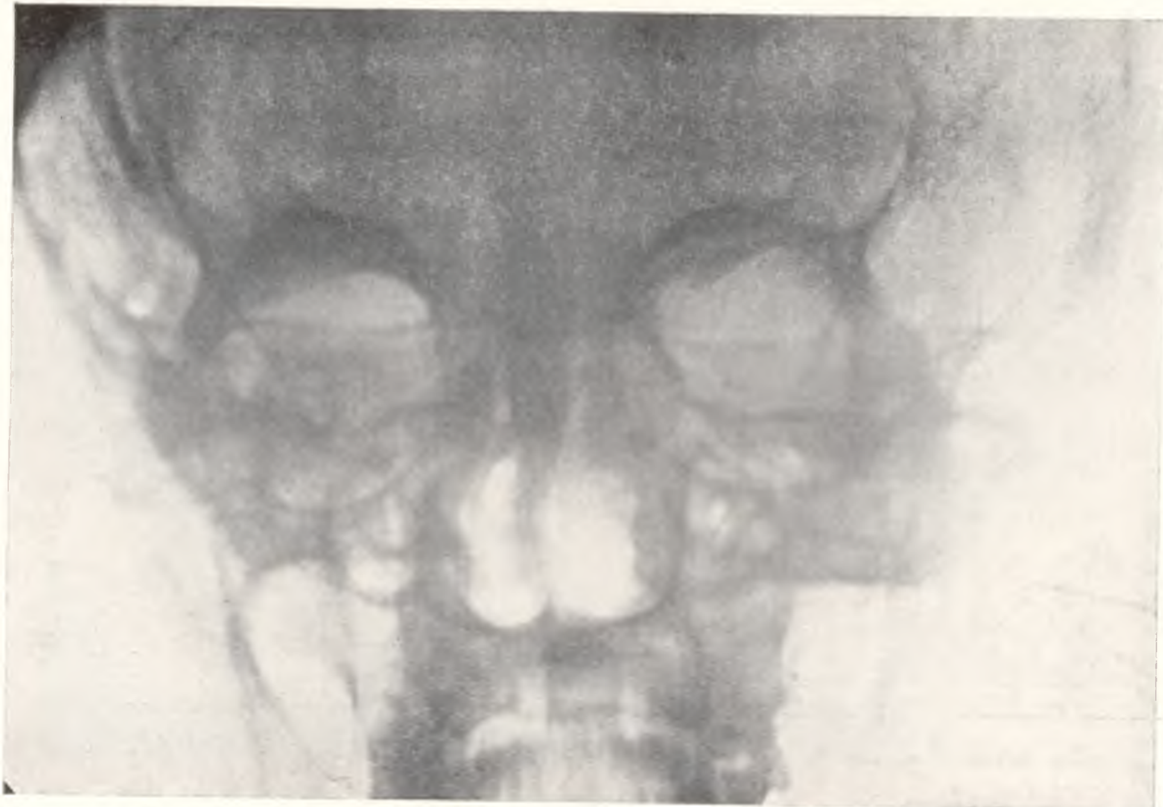
L. p.	Imię i nazwisko	Wiek	Płeć	Jama nosowa, przewody	Septum	Muszle nos.	Komórki sitowe	Jama Highmora		Jama czołowa	Jama klinowa
								prawa	lewa		
44	V. A.	32	m.	obustronnie znacznie rozszerzone	proste	zanikłe	bez zmian	bez	zmian	lewa mała, prawej brak	bez zmian
45	W. M.	34	k.	lewa szersza	dev. dextra	zanikłe	bez zmian	lekko zaciemniona	bez zmian	silnie rozwinięta pneumatyzacja	bez zmian
46	Z. I.	20	k.	równomiernie rozszerzona	proste	zanikłe	lekko zamglone	bez zmian	lekko zamglona	pneumatyzacja silnie rozwinięta zwłaszcza ku górze	bez zmian
47	S. W.	27	k.	równomiern, rozszerzona	proste	zanikłe	bez zmian	bez zmian	lekko zamglona	średniej wielkości, prawa szersza	bez zmian
48	Z. J.	20	k.	równomiern. rozszerzona	dev. sin.	po lewej silniejszy zanik	po prawej wyraźne przejaśnien.	bez	zmian	lewa mała, brak prawej	bez zmian
49	G. Agn.	31	k.	równomiern. rozszerzona	proste	obustronnie równomiern. zanikłe	bez zmian	lekko zaciemniona	bez zmian	średniej wielkości, lewa wyraźniejsza	bez zmian
50	N. T.	26	m.	równomiern. rozszerzona	proste	zanikłe	obustronne wyraźne przejaśnien.	bez	zmian	małe, prawa nieco szersza	bez zmian



R. I. *V. A. l. 32.* Jama nosowa znacznie rozszerzona. Zatoka czołowa pr. znacznie zredukowana. Ozena. Typ. I-szy.



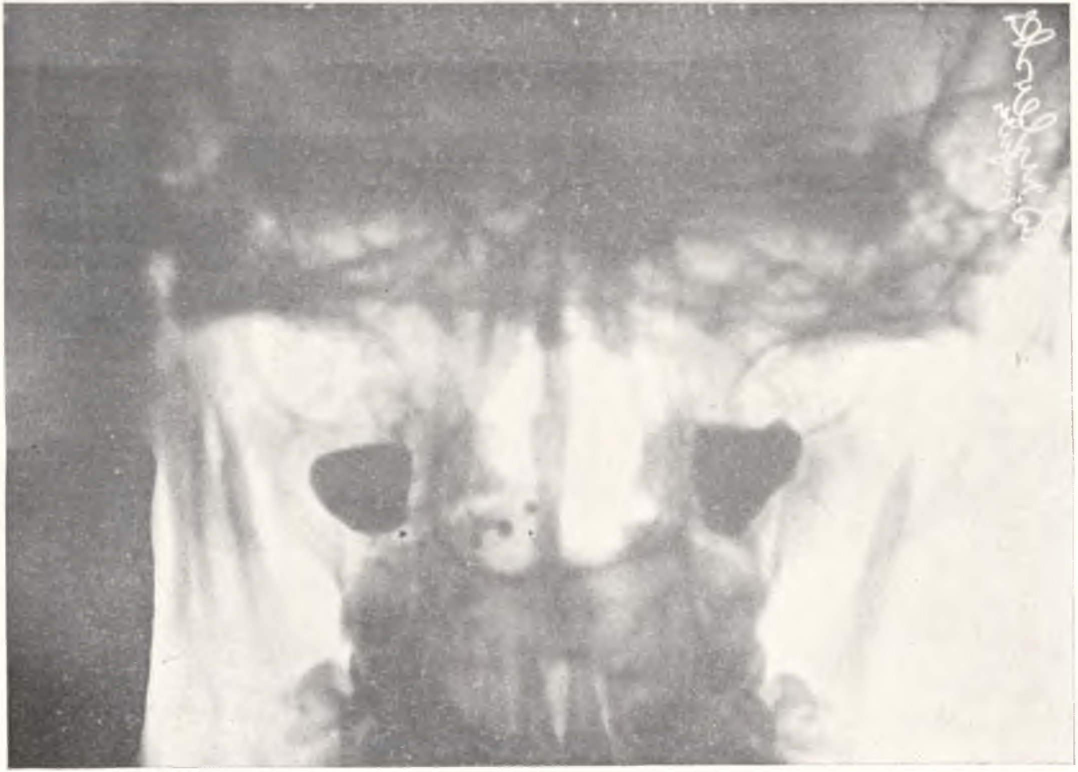
R. II. *R. A. I. 55.* Ozena. Jama nosowa znacznie rozszerzona, wyraźne przejaśnienia w obrębie komórek sitowych, zatoka czołowa zredukowana do małego tylko przejaśnienia. Typ. II-gi ozeny.



R. III. *B. S. l. 27.* Ozena. Brak obu zatok czołowych. Zaciemnienie w obrębie komórek sitowych, jama górnoszczękowa, zredukowana obustronnie do małego owalnego przejaśnienia.—Typ. 3-ci.



R. IV. *W. Ign. l. 28.* Brak obu zatok czołowych. — Typ. II-gi ozeny. Ozena.



R. V. *B. St. I. 21.* Ozena. Cień lipjodolowy w obrębie zacienionych zatok górnoszczękowych wykazuje kontury prawidłowe, które świadczą o niezmienionym stanie śluzówki tych jam.

O ropniach mózgowych otogenicznych płata skroniowego *)

Podał dr. med. K. SAWICZ.
Ordynator oddziału uszno-gardłowego Szpitala Pow. w Inowrocławiu.

Stany zapalne ucha środkowego, zwłaszcza przewlekłe, są niebezpieczne dla ustroju ze względu na mogące powstać powikłania wewnątrzczaszkowe, z których najczęstszemi są ropnie mózgowe, zewnątrz i podoponowe, zapalenie opon mózgowych i zapalenie zatok żylnych.

W dzisiejszym referacie chcę mówić o jednem z tych ciężkich powikłań, a mianowicie o ropniach mózgowych pochodzenia usznego. Cierpienie to, powiedziałbym, spotyka się nie tak rzadko, jak się ogólnie przypuszcza. I tak za czas 2$^{1}/_{2}$ lat istnienia oddziału usznogardlanego w szpitalu Pow. w Inowrocławiu na 63 trepanację ucha w 6-ciu przypadkach były ropnie mózgowe płata skroniowego, z czego 3 lewej i 3 prawej strony u chorych w wieku od 10 do 31 lat. W 4-ch przypadkach ropni mózgowych ze względu na przewlekłe ropienie ze znacznem zniszczeniem błony bębenkowej i wybitnem przytępieniem słuchu dokonana były doszczętna operacja ucha. W dalszych 2-ch przypadkach ropni mózgowych wykonano antrotomję, ze względu na to, że nie było wskazań do operacji radykalnej, gdyż w jednym przypadku była nieduża perforacja w błonie bębenkowej i słuch dobry; w drugim przypadku błona bębenkowa była wcale niezmieniona, słuch normalny, a chora uskarżała się tylko na bóle głowy szczególnie za uchem w miejscu blizny pooperacyjnej.

Ilość ropni mózgowych z mojej obserwacji w stosunku do trepanacyj czyni 9,5%, jest to stosunkowo bardzo dużo. *Wojaczek* natomiast na 670 trepanacyj miał tylko 19 ropni t. j. 2,8%, *Hegener* na 1149 operacyj ucha miał wszystkiego 24 ropni, t. j. 2,1%, *Körner* jeszcze mniej, gdyż na 1914 operacyj ucha — 13 ropni, czyli 0,7%. Według zaś *Ginsburga i Rejtö* stosunek ten wynosił koło 1,5%.

Różne są też dane co do częstości ropni w porównaniu do innych powikłań wewnątrzczaszkowych, i tak według *Myginda* ropnie mózgowe stanowią 20% wszystkich powikłań intrakranjalnych, a według *Gerbera* 10%. W stosunku do ogólnej liczby ropnych cierpień uszu ropień mózgowy powstaje 1 na 1764 ropotoków usznych wed-

---

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitalnych w Inowrocławiu.

ług *Becka*, według zaś *Smirnowa* — 1 na 1695, według *Jansena* — 1 na 714, według zaś moich spostrzeżeń jeden ropień mózgowy przypada na 186 ropnych zapaleń uszu, tak ostrych, jak i przewlekłych.

Przyczyną ropni mózgowych częściej bywa otitis media purulenta chronica niż otitis media purulenta acuta. Według *Hamerschlaga, Blau i Michelsona* ropnie mózgowe stanowią około 75% przewlekłych ropnych stanów zapalnych uszu i 25% ostrych zapaleń. W moich 6-ciu przypadkach ropni mózgowych w 2-ch było ropienie uszu przewlekłe z dużym perlakiem, w 3-ch ropne zapalenie ucha przewlekłe zwyczajne i w jednym przypadku ucho środkowe nie było zajęte (błona benbenkowa nie zmieniona, słuch normalny) proces zapalny tkwił w wyrostku sutkowym w stanie przewlekłym.

Co do stosunku ropni mózgowych do ropni móżdżku, to według statystycznych danych *Heimona, Becka, Lewina, Hegenera, Körnera* i wielu innych ropnie mózgu powstają mniej więcej dwa razy częściej od ropni móżdżku. Osobiście na 6 ropni mózgu płata skroniowego nie spotkałem ani razu ropnia móżdżku.

Infekcja do wnętrza czaszki z ucha środkowego może przejść przez szczeliny naturalne, istniejące niekiedy w czaszce. Szczeliną naturalną u dzieci, a czasami i u dorosłych, jest fissura petrosquamosa, łącząca jamę bębenkową z oponą twardą. Przez tę szczelinę przechodzą także odgałęzienia od a. meningea media. Drugiemi takiemi anatomicznemi wrotami są fissura petrotympanica i mastoideosquamosa. Dawniej przypuszczano nawet istnienie braków w kości i przez te ostatnie miała nibyto przechodzić infekcja do wnętrza. Poglądy te znalazły zwolenników w osobach *Bürknera, Jansena i Jacobsona.* Fakt, że powikłania czaszkowe częściej spotykają się u osób starszych w porównaniu do dzieci, u których wyżej omówione szczeliny są szerokie, pobudził do dalszych poszukiwań dróg, przez które następuje inwazja mikroorganizmów do wnętrza czaszki. Drogami temi mogą być przestrzenie limfatyczne dookoła naczyń i pni nerwowych, które łączą ucho środkowe z przestrzenią podpajęczynową. Zwolennikiem tego poglądu jest również *Tanturi. Eagleton* zaś dowodzi, że między żyłami opony twardej i mózgu dochodzi do bliskiego zetknięcia i że każda żyła mózgowokołonaczyniowa jest otoczona przestrzenią która nie jest niczem innem jak tylko dalszym ciągiem pia i arachnoidea. Przestrzeń ta jest w związku z cienkiemi żyłami ucha środkowego, i one to właśnie pośredniczą infekcji. Szczególne znaczenie mogą mieć naczynia krwionośne, przebiegające z jamy bębenkowej do opony twardej, które według *Wittmaacka* są w związku

z patalogicznym procesem pneumatyzacji. Z powodu tego procesu w kości skroniowej naczynia ulegają obliteracji, a tem samem mogą stać się mostem dla infekcji z ucha środkowego do wnętrza czaszki. Znajdujemy trzy miejsca przebiegu tych naczyń: pierwsze w przebiegu canalis nerwi petrosi na granicy tegmen tympani, drugie w miejscu odchylenia zatoki ku tyłowi i trzecie na tylnej ścianie piramidy ku tyłowi i górze od zewnętrznego wyjścia aquaeductus vestibuli. Sprawa chorobowa z jamy bębenkowej może przejść przez canaliculi carotico-tympanici, przez które przechodzą żyły do plexus caroticus i dalej do sinus cavernosus. Za tą drogą przemawiałyby przypadki *Uffenordego*, *Körnera*, *Grunerta i Heinego*. Mogą być też arterje poprostu zapchane przez zakażone zakrzepy i zatory. Według *Landego*, *Manasse i Lucae* zapalenie z ucha przez naczynia może przejść do labiryntu i dalej do czaszki. Przejście może być także przez drobne żyły kostne, ciągnące się z wyrostka do zatoki, wreszcie przez foramen ovale i rotundum do błędnika, a dalej przez meat. audit. internus et aquaeductus vestibuli et aquaeductus cochleae do czaszki. W przejściu sprawy zapalnej z ucha do wnętrza czaszki mogą brać znaczny udział komórki pneumatyczne z wyrostka sutkowego, ciągnące się naokoło błędnika i trąbki *Eustachjusza* i dochodzące nieraz aż do szczytu piramidy, dalej na oponę albo i głębiej do samego mózgu, dając głęboko położone ropnie mózgowe. Bardzo też często proces ropny niszczy kość skroniową, dochodzi do opony i dalej przez styczność aż do mózgu. Tkanka kostna w najbliższem sąsiedztwie ropnia bywa rozmaicie zmieniona. Niezmienioną patologicznie kość w sąsiedztwie twardej opony spotyka się bardzo rzadko, n. p. u *Körnera* na 40 przypadków tylko w 3-ch kość okazała się bez zmian, w przypadkach zaś rozmiękczenia kości aż do opony, na samej oponie w połowie przypadków zmian nie było. Zmiany spotykane na oponie twardej są w postaci pachymeningitis externa, zgrubienia opony i sklejenia jej z pajęczynówką, rzadziej zaś w postaci ropnia zewnątrzoponowego. Według *Oppenheima* ropień extraduralny częściej towarzyszy ropniom mózgowym powstałym jako komplikacja ostrego zapalenia ucha środkowego, niż ropniom powstałym wskutek chronicznego wycieku. Warunkami, sprzyjającemi przejściu infekcji do wnętrza czaszki, mogą być wszelkie wstrząsy głowy przy uderzeniu i upadnięciu, albo nawet wskutek dłótowania wyrostka bardzo sklerotycznego. Wstrząsy te mogą przyśpieszyć powstanie powikłań wewnątrzczaszkowych, albo wskutek naruszenia zrostów

dookoła ognisk zapalnych, mogą stan utajony wprowadzić w stan czynny.

Ropnie mózgowe najczęściej znajdujemy w białej substancji mózgu. Zjawisko to *Uffenorde* tłumaczy tem, że żyły mózgowe pozbawione są zastawek, a tem samem możliwe jest wsteczne posuwanie się zakrzepu, który wywołuje naruszenie krwiobiegu, wskutek czego występuje encephalomalacja rubra. Zmieniona tkanka w miejscu rozmiękczenia jest dobrem podłożem dla rozwoju drobnoustrojów, które wywołują ropień. Zdaniem zaś *Atkinsona* substancja szara jest lepiej zaopatrzona w krew i dlatego poprostu bardziej odporna.

W ropniach otogenicznych ropa bywa najczęściej gęstą z domieszką rozpadniętych części mózgu i włóknika barwy zielonkawo-żółtej o przykrym zapachu. Mikroskopowo znajdujemy w tej wydzielinie dużą ilość komórek wielojądrzastych i limfocytów a także produkty rozpadu tkanki mózgowej w postaci kryształków cholestearyny i margaryny. Co do flory bakteryjnej, to najczęściej spotyka się paciorkowiec. *Hasslauer* na 61 przypadków ropni mózgowych, zebranych w literaturze, w 27 znalazł streptokoki, z czego w 21 przypadkach była czysta hodowla, *Ginsburg* zaś znalazł streptoc. haemoliticus. Oprócz streptokoków znajdują się również gronkowce, dwoinkowce, bac. pyocyaneus, proteus i bac. coli. Anaeroby mogą również spowodować ropień mózgu. *Brieger* twierdzi, że beztlenowce saprofitują w uchu przy chronicznem zapaleniu, a jak tylko dostaną się do mózgu, nabierają zjadliwości. One to nadają ten wstrętny zapach ropie. *Neumann* hodował poszczególne kultury z treści ropni mózgowych i stwierdził, że tylko kultura anaerobów daje tak wstrętny zapach. *Mixter'owi* zdarzyły się przypadki z jałową treścią, gdzie nie można było wyhodować ani jednej bakterji.

Co do postaci ropni mózgowych, *Piquet* rozróżnia dwie zasadnicze formy. Pierwsza forma, to pojedyńczy ograniczony ropień. Jest on jakby formą klasyczną. Znajduje się prawie zawsze w bezpośredniem sąsiedztwie z uszkodzoną kością o zmiennej wielkości, usadowiony, w płacie skroniowym. Ropień ten odgranicza się do pewnej okolicy mózgu bez tendencji rozszerzania się na inne części, chociaż nie posiada torebki zewnętrznej. Druga forma odznacza się nieograniczonym procesem zapalnym ropnym, względnie połączeniem się kilku istniejących już ognisk ropnych. Znajdywano również ropnie otoczone torebką łącznotkankową. Stwierdzenie jej

w czasie operacji jest bardzo trudne. Uskutecznia się to dopiero podczas sekcji. Grubość torebki waha się od 1 do 8 mm. Badanie mikroskopowe dokonane przez *Maiera, Kümmela* i *Miodowskiego* wykazały, że przedstawia się ona na przekroju w postaci pierścienia, złożonego z łącznotkankowych komórek, przebiegających pierścieniowato. Wewnętrzna powierzchnia gładka, w starych ropniach zawiera pigment. Torebka częściej spotyka się w ropniach mózgowych, powstałych na tle przewlekłego ropienia uszów. Według *Hasslauer'a* 65% w chronicznych i w 38,5% zaś w ostrem zapaleniu uszu. Różne są zdania co do przyczyn powstawania tej torebki. *Alexander* twierdzi, że anaeroby przyczyniają się do powstania torebki, *Neumann* natomiast przypisuje tę czynność dwoinkom, mającym własność wytwarzania włóknika we krwi. Niektórzy autorzy, jak *Uchermann*, opierając się na grubości torebki, chcą określić czas powstania ropnia, ich zdaniem grubość torebki 1,5 mm. wskazuje na rozwój ropnia od trzech do czterech tygodni; grubość 6,8 mm ponad 100 dni. *Merkens*, *Bezold* i inni są wręcz przeciwnego zdania, twierdząc, że ani sama grubość torebki, ani nawet jej brak nie określają czasu trwania ropnia. Nie jest uzasadnione też, że obecność torebki świadczy o zatrzymaniu się wzrostu ropnia. Przeciw roli obronnej torebki przemawia jeszcze to, że pomimo istnienia torebki stwierdza się nazewnątrz od niej drobnokomórkowe nacieczenie i rozpad tkanki mózgowej, a dalej na obwodzie rozmiękczenie i obrzęk tkanki. Ucisk ropnia mózgowego przenosi się również i na odległe części mózgu i sięga aż do komór bocznych, które mogą uledz przesunięciu i zmianie konfiguracji. Wskutek ucisku ulegają spłaszczeniu zwoje dużego mózgu strony chorej. Niesprzyjającą okolicznością przy ropniach mózgowych jest to, że rozrost ropnia, jak wykazały badania *Miodowskiego* i *Hoffmanna*, idzie ekscentrycznie w kierunku komory, dlatego częściej następuje przerwanie ropnia do komory, niż przez substancję szarą na zewnątrz, która jak wiemy jest bardziej odporna, niż substancja biała.

Ropnie mózgowe bywają najrozmaitrzej wielkości: od najmniejszych — wielkości orzecha laskowego, do największych, zajmujących połowę, a nieraz nawet cały płat mózgowy. Bywają przypadki, że u chorego znajdujemy naraz kilka ropni. Zdarza się to jednak bardzo rzadko. Kształt ropni mózgowych może być rozmaity: okrągły, owalny, gruszkowaty i t. d. Lokalizują się ropnie mózgowe pochodzenia usznego w sąsiedztwie chorej kości skroniowej, przypadki zaś ropni mózgowych, znajdujących się w znacznej odległości od ucha,

a opisanych przez *Urbantschitscha*, *Nagera*, *Mayera*, *Böninghausa* i innych, *Körner* uważa za metastatyczne z innych miejsc schorzałych organizmu, rzadziej zaś z ucha.

Objawy kliniczne ropni mózgowych są bardzo różne i wcale niepatognomoniczne, tak że rozpoznanie ropnia mózgowego w stadjum wcześniejszem sprawia nieraz duże trudności, a zwłaszcza jeżeli ropień znajduje się w stadjum latens i przebiega bez żadnych symptomów. Ze statystyk wielu klinik, jak w Heidelbergu, Strasburgu, w Rzymie i t. d., widzimy, że duża ilość ropni mózgowych rozpoznana była dopiero na sekcji. Nieraz jesteśmy przekonani, że mamy doczynienia ze sprawą mózgową otogeniczną, czy jednak jest to ropień mózgowy, czy też inne powikłanie wewnątrzczaszkowe, stwierdzić trudno, gdyż dołącza się często meningitis, lub encephalitis. *Gomez-Duran* radzi stawiać rozpoznanie ropni tylko drogą wykluczenia.

Cały proces rozwoju ropni *Körner* dzieli na 4 okresy, które można obserwować w klasycznym przebiegu ropnia. Pierwszy okres czyli początek objawia się w silnych bólach głowy, w ogólnem osłabieniu, temperaturze, zawrotach głowy, a czasem i w wymiotach z perjodyczną poprawą. Objawy te możemy uważać tylko za proces zapalny samej kości skroniowej. Okres ten przechodzi w drugie stadjum, nazywane latens, kiedy objawy wyżej wymienione znikają i chorzy czują się znowu zupełnie dobrze, czasami jednak pomimo, że chorzy wykonują swoją pracę, dolega im ogólne osłabienie, bezsenność, czasami lekkie zaburzenie ustroju. Okres utajony może trwać całe tygodnie nawet miesiące, w przypadku zaś *Michealsona* okres ten trwał aż dwa i pół lat. Trzeci okres jawny, występuje gwałtownie, niespodzianie po okresie utajenia ze wszystkiemi objawami klinicznemi. Wreszcie następuje 4-ty okres końcowy, kiedy ropień przerywa się albo do komory bocznej, albo na powierzchnię mózgu. W tym ostatnim okresie występuje paraliż poszczególnych centrów ruchowych i w głębokiej śpiączce następuje exitus. Najczęściej zjawiają się chorzy w okresie trzecim z następującemi ogólnemi objawami: przygnębienie, osłabienie, wycieńczenie, ziemisty kolor twarzy, brak apetytu, język obłożony, foetor ex ore, tętno albo bardzo wolne, albo odpowiednie do temperatury. Ciepłota może dochodzić do 38 — 39^0 C., czasami temperatury może wcale nie być, lub będzie subnormalną. Najbardziej dokuczliwe są przy ropniach mózgowych bóle głowy, zmieniające swoje natężenie w zależności od zmiany położenia i wysiłku, lokalizujące się albo ze strony cho-

rego ucha, albo też rozlewające się po całej głowie. Bywają też przypadki, kiedy ropień umiejscowiony w płacie skroniowym daje bóle w tyle głowy, lub w skroni przeciwnej strony, a umiejscowiony w móżdżku daje bóle w czole. Nie bez znaczenia jest również ból, powstający przy opukiwaniu czaszki nad miejscem przypuszczalnego ropnia. Nie wszyscy jednak z tem się zgadzają, tak *Neumann* kładzie to na karb ogólnej hiperestezji skóry.

Zwolnienie tętna do 40—50 na minutę przy podwyższonej temperaturze jest objawem, dającym duże szanse przy rozpoznaniu ropnia mózgowego. *Heine i Michaelson* uważają zwolnienie tętna za charakterystyczne dla powikłań wewnątrzczaszkowych, a wcale niepatognomoniczne dla ropnia mózgowego. Większość autorów solidaryzuje się ze zdaniem *Körnera*, który uważa, że właśnie zwolnione tętno jest charakterystyczne dla ropnia mózgowego, bo nikt przecież na tym jednym objawie nie oprze rozpoznania ropnia, tylko weźmie pod uwagę całokształt przebiegu klinicznego. Jeżeli zaś do ropnia dołączy się zapalenie opon, to tętno natychmiast pójdzie w górę.

Czasami przy ropniach mózgowych występują zmiany na dnie oka czy to w postaci neuritis optica, lub jako tarcza zastoinowa. Zjawisko to występuje w 20 do 25% wszystkich przypadków.

Zaburzenie psychiki na początku przejawia się w senliwości: chory ziewa, dużo śpi, a czasem staje się zupełnie obcym dla otoczenia, na pytanie odpowiada niechętnie i po namyśle. Z innych objawów występują nudności i wymioty, nie będące w związku z przyjęciem pokarmu, lecz nasilające się podczas zwiększenia się bólu głowy. Objawy mózgowe ogniskowe zależą od uszkodzenia centrów mózgowych, albo od ucisku na nie przez sąsiedztwo, albo uszkodzenia nerwów, wychodzących z mózgu. Objawy te mają wielkie znaczenie nietylko dla rozpoznania ropnia, lecz także dla jego lokalizacji. Przy umiejscowieniu ropnia w lewym płacie skroniowym może powstać afazja sensoryczna wskutek ucisku na ośrodek *Wernick'ego*, obejmujący ośrodek mowy czuciowy. Ośrodek *Wernick'ego* umiejscowiony jest w tylnej części zwoju pierwszego górnego w lewym płacie skroniowym i to u praworęcznych po stronie lewej a u leworęcznych po stronie prawej. Chory traci pamięć, zapomina znaczenia wyrazów, czasami chorzy mogą poznać przedmiot, lecz nie mogą go nazwać. Spotyka się również często stany, gdy chorzy nazywają pokazywane przedmioty nieprawidłowo. Oprócz afazji sensorycznej może nastąpić afazja motoryczna, t. zn. stan, gdy chory rozumie

wyrazy, lecz nie może ich powtórzyć. Z innych objawów lokalnych przy ropniu płata skroniowego należy wymienić porażenie słuchu z przeciwnej strony wskutek uszkodzenia ośrodka słuchu. Zjawisko to spotyka się również przy meningitis serosa i purulenta. Inne objawy spotykane w ropniach mózgowych zależą od ucisku samego ropnia i otaczającej obrzękniętej warstwy mózgowej na capsula interna. Powstają wówczas niedowłady, porażenia i skurcze strony przeciwnej: porażenia kończyn strony przeciwnej, drgawki, porażenia i kurcze w okolicy nerwu twarzowego, okoruchowego, trójdzielnego i odwodzącego, czasami całkowita utrata przytomności, brak reakcji na światło, drgawki kloniczne m. szerokiego szyi i mięśni twarzy strony przeciwnej, czasami hemiopia i anosmia strony przeciwnej. Według *Alexandra* porażenie nerwus trochlearis tej samej strony wskazuje na obecność ropnia w płacie skroniowym. *Merkens*, *Müller* i *Lewin* obserwowali porażenie n. hypoglossus przy ropniu strony przeciwnej, a *Uffenorde* obserwował nawet jeden przypadek z całkowitem oślepnięciem, które tłumaczy przebiciem się ropnia do komory bocznej. Objawy powyższe mogą wystąpić przy meningitis, encephalitis i obrzęku mózgu. Sztywność karku nie może być również pewnym wskaźnikiem, gdyż objaw ten towarzyszy zapaleniu opon mózgowych. Z tego wszystkiego widzimy, jak trudno rozpoznać ropień mózgowy. Znaczna też część ropni zostaje rozpoznana dopiero w czasie trepanacji kości skroniowej, dokonywanej z powodu otogenicznego bliżej nieokreślonego zaburzenia wewnątrzczaszkowego. Znaczne jednak odsetki ropni rozpoznajemy przed operacją na podstawie klinicznych objawów. Do rozpoznania zdążamy najczęściej drogą wykluczenia. Najłatwiej odróżnić zakrzep zatoki esowatej, jeżeli choroba przebiega z typową temperaturą pyemiczną, która przy ropniu mózgowym spotyka się jako wyjątek. Ropnie zewnątrzoponowe również dają podobne objawy do ropnia mózgowego. Najbardziej zaś utrudnione jest różniczkowanie ropnia mózgowego z zapaleniem opon mózgowych, gdyż dużo objawów meningitu spotyka się i przy ropniu mózgowym, a mianowicie: bóle głowy, podwyższona temperatura, sztywność karku, zawroty głowy, porażenia i objawy ogniskowe. Pacjent przy ropniu jest apatyczny, przy meningitis zaś pobudzony. Punkcja lumbalna też nie daje nic pewnego, bo taki sam nieraz obraz cellularny płynu mózgowo-rdzeniowego spotyka się w ropniu, jak i w meningicie. *Borries* twierdzi, że w przypadkach, kiedy objawy kliniczne wciąż pogarszają się, a płyn

mózgowo-rdzeniowy pozostaje bez zmian, mamy napewno do czynienia z ropniem. *Knick* i *Alexander* znajdywali w ropniach mózgowych płyn mózgowo-rdzeniowy o wysokiem ciśnieniu, mętny, z dużą zawartością elementów komórkowych, lecz jałowy. Ogólnie wiadomo jest, że zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym świadczą o zapaleniu opon, brak jednak zmian nie wyklucza ropnia mózgowego. Niedowłady i porażenia skrzyżowane przemawiają za obecnością ropnia w płacie skroniowym. Częste są również przypadki, gdzie ropień i meningitis istnieją razem, wtedy rozróżnienie jest niemożliwe. Odróżnienie ropnia mózgowego od nowotworu nie jest łatwe. Wiadomo jest tylko tyle, że nowotwór rozwija się powoli, przeto cały obraz kliniczny słabiej jest wyrażony, zato objawy na dnie oka są częstsze i wyraźniejsze, niż przy ropniu. Według *Gütticha* przy nowotworze rzadko kiedy bywa sztywność karku, co spotyka się zawsze przy ropniu.

Różne są dane co do wyzdrowienia po operacjach ropni mózgowych pochodzenia usznego: i tak *Körner* na 102 operacyj ropni mózgowych pochodzenia usznego otrzymał wyleczenie w 42 przypadkach, *Heine* i *Beck* na 108 przypadków mieli 47 wyzdrowień, statystyka kliniki wiedeńskiej podaje na 82 ropni w 20 przypadkach wyleczenie, *Belhau* z kliniki z Heidelbergu podaje, że na 5 ropni jeden wyzdrowiał, *Lemaitre* liczy 72% wyzdrowień, a *Uffenorde* zaś 9 wyzdrowień na 16 ropni. Doniedawna jeszcze chorych z ropniami mózgowemi zaliczano do przypadków straconych, i teraz pomimo postępu medycyny, szczególnie zaś medycyny operacyjnej, statystyka wyzdrowień po operacjach ropni mózgowych w ostatnich dziesięcioleciach bardzo mało się zmieniła.

Co do leczenia ropni mózgowych, to jest jeden punkt, na który wszyscy autorzy zgadzają się, mianowicie, że leczenie musi być jedynie chirurgiczne i to im wcześniejsze, tem lepsza prognoza. Od zabiegu nie odstępujemy nawet w przypadkach wątpliwych, bo w czasie operacji można uzupełnić diagnozę, znajdując zmiany na oponie, przetoki w oponie twardej i t. d. Nawet najcięższy stan chorego nie powinien być przeszkodą do zabiegu (oprócz agonji). Zabieg jedni wykonują w pozycji siedzącej chorego, inni znów są zwolennikami zabiegu w pozycji leżącej. Przedewszystkiem usuwa się ognisko ropne w samej kości skroniowej, a więc w ostrych stanach zapalnych uszu — antrotomia, w chronicznych — operacja radykalna, którą dla lepszego dostępu do ropnia wykonują niektórzy i w ostrem zapaleniu ucha środkowego.

Drugi etap operacji polega na szerokiem odsłonięciu opony twardej zapomocą zbicia tegmen antri przy antrotomji, a tegmen tympani, antri i górnej ścianki przewodu zewnętrznego przy operacji radykalnej. Oponę odsłania się na dużej przestrzeni, usuwając całą kość zmienioną. W wypadkach, kiedy dura nigdzie nie jest zmieniona, można się ograniczyć do trepanacji wyrostka sutkowego, gdyby zaś w następnych dniach objawy kliniczne wskazywały na obecność ropnia, należy zrobić punkcję i dalszy zabieg. W przypadkach z pewnem rozpoznaniem klinicznem ropnia, gdy dura wykazuje zmiany w określonem miejscu, pewną też jest obecność ropnia w jej sąsiedztwie. Za punkt orjentacyjny służy napięcie w pewnem miejscu opony, brak tętnienia i fluktuacja. Przy braku tych zmian na oponie szukamy ropnia próbnemi punkcjami dość grubą igłą. Obawy o wniesienie infekcji do mózgu, jak wykazały doświadczenia klinicystów, niema. *Neumann* radzi przed punkcją naciąć oponę na krzyż, żeby igła przechodziła nie przez zainfekowaną oponę, lecz wprost do tkanki mózgowej, *Heine*, *Lewin* i inn. jednak nie zgadzają się, żeby miało to chronić tkankę mózgową od infekcji, twierdzą natomiast, że takie przecięcie opony może spowodować prolaps mózgu. Punkcję rozpoczyna się zwykle nad tegmen antri et tympani w miejscu najczęstszej lokalizacji ropnia. Gdyby podczas aspiracji ropa nie pokazała się, należy wykonać punkcję w kilku innych miejscach ku przodowi i tyłowi. Przy istnieniu kilku prawdopodobnych danych klinicznych co do ropnia ilość punkcyj nie może być ograniczona; w klinice *Lewina* robiono aż po 21 punkcyj w kilka seansów w czasie opatrunków. *Nühsmann* w jednym przypadku ropę otrzymał dopiero przy 17-tej zrzędu punkcji. Głębokość wejścia igły niezawsze bywa jednakowa; nieraz trzeba odstąpić od normy 4 cm. i ukłuć głębiej bez obawy przedostania się do komory bocznej, gdyż ropnie leżą nieraz bardzo głęboko; w przypadku *Heine'go* aż na 7-mio centymetrowej głębokości. Igłę przy punkcji dodatniej należy zostawić, aby pomogła nam w orjentacji przy nacięciu.

Otwarcie ropnia nastręcza dużo niebezpieczeństwa ze względu na możność zakażenia ropą opony miękkiej. Celem uniknięcia tej ewentualności *Krauze* otwiera ropień w ciągu dwóch posiedzeń: na pierwszem odsłonięcie dury i założenie gazy jodoformowej między kość a oponę, żeby wywołać zrośnięcie się opon naokoło miejsca, w którem robi przekłucie, na drugiem posiedzeniu (po 28 godzinach), jeżeli punkcja dodatnia, otwarcie ropnia. Jak wykazały bada-

nia na zwierzętach *Miodowskiego*, a ostatnio *Citelli'ego*, już po 12 godzinach ucisku gazy jodoformowej na oponę twardą następuje zrost opon z tkanką mózgową, a po 48 godzinach ten proces jest całkowicie dokonany. *Lewin* nie jest zwolennikiem tego sposobu, gdyż uważa jak najwcześniejsze otwarcie ropnia za ultima ratio.

Różne są sposoby opróżniania ropnia od ropy i zapalnych części mózgu. Jedni przecinają oponę w prostej linji, drudzy zaś nakrzyż, a dla lepszego wydostania się ropy brzegi cięcia opony i mózgu rozszerza się korncangiem. *Körner* wycina duże okienko i stara się stworzyć jedną ranę wyrostka sutkowego z ropniem Celem obejrzenia wnętrza ropnia wkłada się wziernik *Killjiana* albo *Voltolini'ego*. *Henke* używa krótkiej rurki bronchoskopijnej, *Muck* zaś uważa, że nie pomoże tu ani rurka bronchoskopijna, ani speculum nosowe, gdyż miękka masa mózgowa wsuwa się między skrzydła wziernika i uniemożliwia wejrzenie do wnętrza ropnia. Obmyślił on nowy sposób nieprzedyskutowany jeszcze w literaturze, a oparty na metodach fizykalnych przypływu i odpływu krwi z czaszki. Napełnienie lub opróżnienie naczyń czaszki zależne jest od pozycji chorego, od położenia czaszki i od fazy oddechowej. *Kunz*, wzorując się na pracy *Muck'a*, porobił obserwacje na otwartym ropniu mózgowym i zauważył, że u pacjenta w pozycji leżącej nie widać zupełnie jamy ropnia, w pozycji zaś siedzącej i z głową pochyloną na stronę zdrową, wnętrze ropnia staje się widoczne, przyczem ścianki jego otwierają się najsilniej podczas wdechu spadają się zaś podczas wydechu. Dlatego też *Muck* zawsze przeprowadza operację w pozycji siedzącej bez narkozy, która działa hamująco na ośrodek oddechowy, a czasem nawet w celu pobudzenia tegoż ośrodka daje podczas zabiegu lobelinę. Żeby dokładnie usunąć ropę i rozpadłe części tkanki mózgowej, *Muck*, *Körner* i *Scheibe* stosują przemywanie rozcieńczoną wodą utlenioną lub innym dezynfekcyjnym środkiem. *Michaelson*, *Botev*, *Whiting*, *Miodowski* i *Güttich* są przeciwni przepłókiwaniom ropnia, gdyż ten zabieg niby to ułatwia przejście infekcji do przestrzeni arachnoidalnej. *Macev'en*, *Neumann* i *Röpke* radzą dokładne usunięcie rozpadłych części w ropniu ostrą łyżeczką, *Böninghaus* konchotomem ścina brzegi ściany i wszelkie nierówności. *Bárány* nożem wycina cały ropień razem ze ścianą zewnętrzną. Wielu autorów po otwarciu ropnia wnętrze jego tamponują gazą jodoformową lub vioformową celem szybszego tkankowego wypełniania się ropnia.

Zwolennikami tego sposobu są *Böninghaus*, *Michaelson* i inni.

Passov tamponuje tylko otwór wyjściowy. Przeciwnikami tamponady są *Heine, Körner, Bárány* i inni; uważają to za niekorzystne i szkodliwe, gdyż tampon, nietylko że szybko nasyca się ropą i przeto traci zdolność wyprowadzania ropy, ale jeszcze mechanicznie przeszkadza zmniejszaniu się światła ropnia. Dlatego *Bergmann, Denker, Haymann, Heine, Reinking* i inni zaczęli stosować dreny gumowe dość szerokie o końcu dośrodkowym, zakończonym otworkami, zakładane w ten sposób, by nie dochodziły do ścianki medjalnej ropnia, aby uniknąć jej uszkodzenia. Zewnętrzny koniec drenu obcina się na równym poziomie z raną i rozcina się go na dwie części i przyszywa do skóry Stwierdzono jednak, że przy wyjęciu takiego drenu nieraz wylewa się zatrzymana duża ilość ropy. To zatrzymanie *Körner* tłómaczy prawdopodobnym załamaniem się drenu, wskutek czego powstaje niedrożność. Celem uniknięcia załamania się drenu gumowego, używa się drenów szklanych, podobnych do tracheotomijnych rurek *Rosera,* które się umocowuje odpowiednio gazą, żeby nie przeniknęły za głęboko. Dobre wyniki drenowania rurkami szklanemi podają *Uffenorde* i *Michaelson.* Przeciwnie, *Bárány, Heine, Hegener* i *Kümmel,* uważają użycie jakichkolwiek drenów za szkodliwe, gdyż wskutek ucisku na subtelną tkankę mózgową często powstają encephalitis i wtórne ropnie. *Güttich* zauważył, że przy użyciu drenów często powstaje prolaps mózgu, czego nie spotykał, stosując tamponadę z gazy. *Muck* po przecięciu ropnia i po przepłókaniu go zakłada odpowiedni sztywny dren, nad którego wewnętrznym otworem, jak i na całe ucho, kładzie on aluminjową dziurkowaną płytkę, żeby powietrze miało dostęp do ropnia. Zwolennikami przewietrzania jamy ropnia są także *Guns* i *Jadin,* bo powietrze uniemożliwia rozwój beztlenowców, a także ożywia ścianki ropnia.

Z przytoczonych wyżej danych widzimy, jak wielka jest indywidualizacja w leczeniu ropni mózgowych. Postępowanie to czy inne należy uzależniać od charakteru samego ropnia. W przypadkach, kiedy ropień mózgowy wypełniony jest masami nekrotycznemi mózgu, wskazane jest użycie wyłyżeczkowania. *Lewin* w ropniach o gładkiej ścianie stosuje drenowanie i to w niegłębokich — gumowe dreny, w głębiej zaś położonych ropniach — szklane dreny, zagięte według *Uffenordego.* Przy ropniach mózgowych o nierównej ścianie przy istniejących kieszonkowatych zagłębieniach używa wprowadzenia korcangiem cieńkiego setonu jodoformowego aż do tych zagłębień. *Neumann, Voss, Beck, Ruttin, Böninghaus* i inni do środka ropnia wprowadzają

palec celem stwierdzenia, czy istnieją owe zagłębienia, a także w celu stwierdzenia, czy niema w sąsiedztwie drugiego ropnia. *Körner*, *Uchermann* są przeciwnikami tego sposobu badania wnętrza ropnia, gdyż przy tem istnieje możliwość naruszenia torebki, a także niewykluczone jest przebicie do bocznej komory. Najlepszym sposobem jest obejrzenie wnętrza ropnia wzrokiem, jak to radzi *Muck*, lub zapomocą wziernika nosowego.

Po operacji najczęściej następuje ogólna poprawa: zjawia się świadomość, bóle głowy ustają, tętno przyśpiesza się, paraliże stopniowo ustępują. Bywa jednak i odwrotnie t. zn. że objawy chorobowe nietylko nie ustępują, a raczej wzmagają się.

Od momentu operacji należy chorego starannie pielęgnować, nie dopuścić do przypływu krwi do głowy, usuwać przeto twardy stolec, kaszel, wymioty, stosować odpowiednią dietę i podawać odpowiednie środki farmakologiczne. Jedni są za tem, żeby chorzy leżeli na stronie chorej, inni zaś na zdrowej. *Lewin* i *Güttich* położenie chorego uzależniają od wyboru pacjenta. *Muck* uważa, że jeżeli pacjenta w pierwszym tygodniu po operacji położy się poziomo, to go się kładzie na wieczny odpoczynek. Tak samo szkodliwie działa nieodpowiednie położenie głowy i nieumiejętne oddechanie. Z pracy *Mucka* widzimy, że mózg reaguje na zmiany pozycji tułowia i oddechu ruchami, które powodują zmianę kształtu ścianek ropnia. Usadowienie chorego, lekki zwrot głowy na zdrową stronę i głęboki wdech powodują rozszerzenie jamy ropnia. Pozycja pozioma, zwrot głowy przeciwny, expiracja prowadzą do zmniejszenia się próżni, sklejenia się ścianek i zamknięcia się ropnia Dlatego też *Muck* na pierwsze 8 dni po operacji sadza chorego w łóżku nawet podczas nocy. W tej pozycji nawet chwilowe zwężenie się rany wywołane kaszlem, kichaniem, lub zawrotem głowy, nie może zaszkodzić, a może raczej pomódz do mechanicznego wydobycia treści ropnej. Celem lepszego opróżniania się ropnia trzeba zalecić pacjentowi wstrzymanie oddechu na kilka sekunt, w pierwszych dniach co godzinę, później ta gimnnstyka może być stosowana rzadziej.

Co do czasu opatrunków; to jedni robią 2 — 3 opatrunki codziennie, *Macewen* i *Grossmann* mieli dobre wyniki, wyjmując dren czy seton po 3-ch tygodniach. Inni natomiast zmianę opatrunków uzależniają nie od czasu, lecz od objawów: podniesienia się temperatury, bólów głowy, objawów meningizmu. *Lewin* pierwszy opatrunek robi na drugi dzień po operacji i dalej codziennie jeden raz aż

do całkowitego zniknięcia ropy. Dren usuwa wówczas, kiedy wyciek ropny znacznie się zmniejszy, wtenczas zamiast drenu zakłada z brzegu cieniutki seton. *Lewin* za każdym opatrunkiem ogląda wnętrze ropnia bardzo ostrożnie bez obawy naruszenia zrostów ochronnych.

W leczeniu pooperacyjnem nieraz zatrzymuje się ropa i wówczas na nowo powstają objawy mózgowe i następuje pogorszenie się stanu ogólnego. W takich przypadkach koniecznie należy obejrzeć wnętrze ropnia i usunąć przyczynę. W innych przypadkach przyczyną raptownego pogorszenia się stanu chorego może być drugi ropień, który należy odszukać próbnemi punkcjami. Bardziej nieprzyjemnem powikłaniem w czasie leczenia pooperacyjnego jest wypadnięcie mózgu, nieraz zajmujące całą powierzchnię rany. Zakażony prolaps może uledz gangrenie rozpadowej, zajmującej mózg na głębszą przestrzeń. To wypadanie mas mózgowych tłumaczono dawniej teorją mechaniczną t. zn., że wskutek szerokiego rozcięcia opony powstawała możliwość wypadnięcia tkanki mózgowej, obecnie zaś uważają wypadnięcie mózgu jako skutek zapalenia tkanki mózgowej czyli meningo-encephalitu, co stwierdziły badania *Schiffon'a* i obserwacje *Preysing'a*. Z powodu tego, że prolaps powstaje na tle zapalnem, nie należy ścinać wystającej części mózgu, a zmniejszyć ciśnienie wewnątrzczaszkowe częstemi punkcjami lumbalnemi, w miarę zaś zmniejszenia się stanu zapalnego, prolaps znika sam przez się.

Najbardziej niebezpiecznem w leczeniu pooperacyjnem ropni mózgowych jest meningitis, powstająca wskutek przedarcia się ropnia do przestrzeni podpajęczynowej i to jest przyczyną najczęstszą zejścia śmiertelnego. Jeszcze bardziej niebezpiecznem powikłaniem jest przedarcie się ropnia do komory bocznej Wyzdrowienie w tych przypadkach należy do nadzwyczajnych rzadkości.

To byłoby mniej więcej wszystko, co jest godnego uwagi w literaturze lekarskiej na temat ropni mózgowych otogenicznych. Widzimy więc, że rozpoznanie ropni wcale nie jest łatwe, co zaś do sposobu leczenia panuje wielka różnogłosność—jednem słowem „ilu autorów — tyle zdań".

(Dok. nastąpi).

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. *Teofil Zalewski*.

Ezofagoskopja pod względem rozpoznawczym i leczniczym. *)

Podał Docent Dr. ANTONI DOBRZAŃSKI.

(Dok. nastąpi).

6. Ciała obce przełyku.

Najszersze zastosowanie ma obecnie ezofagoskopja w przypadkach ciał obcych, które zatrzymały się względnie utkwiły w ścianie przełyku. Ciała obce zatrzymują się w przełyku zarówno u dzieci jak u dorosłych najczęściej w miejscach, które nazywamy naturalnemi cieśniami przełyku. O wiele częściej stwierdzamy obecność ciała obcego w cieśni na wysokości chrząstki pierścieniowej i w miejscu skrzyżowania się przełyku z lewem oskrzelem niż w cieśniach dolnego odcinka przełyku.

Przyczyna zatrzymania się ciała obcego w przełyku leży w tem, że albo wymiary objętości twardego ciała obcego są za wielkie w porównaniu z rozszerzalnością danego odcinka przełyku, albo ciało obce ustawia się największym swym wymiarem w kierunku najmniejszej rozszerzalności przełyku, albo też ciało obce posiada ostry brzeg lub ostry koniec, który się wbija w obkurczającą się ścianę przełyku.

Dzieci mają skłonność wkładania sobie do ust i połykania różnych drobnych przedmiotów jak monet, guzików, części zabawek i t p. U dorosłych dostają się ciała obce do przełyku wskutek prędkiego jedzenia zwłaszcza, jeśli noszą sztuczne uzębienie, zasłaniające płytką kauczukową podniebienie twarde. Zdarza się ponadto, że dorośli trzymają drobny przedmiot w ustach lub zębach i skutkiem przerażenia, śmiechu lub innego afektu połykają je. Wreszcie umysłowo chorzy lub osoby neuropatyczne połykają nieraz ciała obce w celach samobójczych. Sztuczne uzębienie źle trzymające się mogą chorzy połknąć we śnie. Oprócz zatrzymania się ciał obcych w swietle przełyku normalnego, zdarzają się przypadki zatrzymania się ciał obcych w zwężeniach patologicznych, o których powyżej była mowa.

---

*) Wygłoszony jako referat programowy w sekcji Otolaryngologicznej XIII Zjazdu Przyrodników i Lekarzy we wrześniu 1929 r. w Wilnie.

W przypadkach tych mogą się zatrzymać nawet niewielkie kęsy, które w przełyku prawidłowym przeszłyby zupełnie gładko. Zaczopowują one wówczas całkowicie zwężone światło przełyku i czynią go niedrożnym nawet dla płynów.

Niekiedy ciało obce nie daje wyraźnych objawów i może przebywać w przełyku w ciągu kilku dni, tygodni, miesięcy ,a wyjątkowo nawet lat; obecność jego nie dochodzi do świadomości chorego. Najczęstszymi objawami obecności ciała obcego w przełyku są trudności w połykaniu i ból w czasie połykania, który chorzy umiejscawiają na wysokości zatrzymania się ciała obcego względnie nieco wyżej. Ból może promieniować ku tyłowi w okolicę kręgosłupa, ku górze do krtani, gardła a nawet uszu. Im ciało ma bardziej ostre, brzegi lub ostry koniec i im jest większe, tem ból jest dotkliwszy. Zwykle występują też trudności w połykaniu pokarmów stałych. Całkowita niemożność połykania nawet płynu występuje u dorosłych bardzo rzadko, chyba w przypadkach ciał obcych bardzo dużych, lub w razie wystąpienia dużego obrzęku śluzówki przełyku.

W przypadkach zaniedbanych lub w razie obecności ostrych i jadowitych ciał obcych w przełyku, które wywołały ropne zapalenie ściany przełyku lub tkanki około-przełykowej może wystąpić podwyższenie ciepłoty, które po usunięciu ciała obcego i po ustąpieniu objawów zapalnych zwykle po kilku dniach spada do normy.

U małych dzieci mogą nawet ciała okrągłe jak guziki, monety i t. p. wywołać obrażenie ściany przełyku i zapalenie tkanki okołoprzełykowej z podwyższeniem ciepłoty. W tych też przypadkach trudności w połykaniu pokarmów nawet płynnych występują w silniejszym stopniu. Dzieci często nie przyjmują żadnych pokarmów, a podane im pokarmy, nawet w małej, ilości zwracają.

O ile ciało obce tkwi w szyjnej części przełyku możemy stwierdzić bolesność na ucisk po zewnętrznej stronie krtani i tchawicy.

Z wywiadów od chorych dorosłych lub od osób z otoczenia, o ile chodzi o dzieci, możemy otrzymać pewne dane do przypuszczenia, że w danym przypadku zachodzi podejrzenie na obecność ciała obcego w przełyku.

Bardzo pomocnem w rozpoznawaniu ciał obcych w przełyku jest prześwietlenie względnie zdjęcie zapomocą promieni Roentgena.

Prześwietlenie względnie zdjęcie roentgenowskie wykazuje nam zawsze metalowe ciała obce w przełyku, w większości przypadków

większe odłamki kości, nie wykazuje jednak często małych kości, ciał miękkich, kauczukowych i t. p. Możemy jednak niekiedy wykazać obecność ciała obcego w przełyku, po podaniu do połykania środka kontrastowego. Widzimy wówczas, że płyn kontrastowy spływa gładko, a zatrzymuje się na pewien czas w miejscu, gdzie znajduje się ciało obce, oblepiając jego powierzchnię daje cień, który wskazuje na obecność ciała obcego w przełyku. Musimy jednak pamiętać o tem, że ujemny wynik badania roentgenowskiego nie wyklucza obecności ciała obcego w przełyku jeśli chodzi o ciała miękkie, odłamki kości lub protezy szczękowe. W każdym przypadku podejrzanym na ciało obce powinniśmy wykonać ezofagoskopję, która jedynie może rozstrzygnąć o obecności ciała obcego w przełyku. Lepiej bowiem w dziesięciu przypadkach wykonać ezofagoskopję, w których ciała obcego nie znajdziemy, aniżeli mielibyśmy zaniedbać wykonania ezofagoskopji, choć w jednym przypadku, w którym ciało obce tkwi w przełyku.

Ciała obce w przełyku u dzieci. Monety, guziki, spinki, gwizdki, pluskiewki i agrafki.

W kilku ostatnich latach nie posługujemy się zasadniczo żadnymi przyrządami do wydobywania ciał obcych z przełyku jak tylko ezofagoskopem i szczypczykami, wprowadzonemi przez ezofagoskop nawet w przypadkach ciał obcych okrągłych jak monety i guziki u dzieci. Wydobywanie ciał obcych u dzieci przez ezofagoskop uważamy za metodę najpewniejszą, bo dającą nam możność wydobycia ciała obcego pod kierunkiem wzroku. Przez używanie zaś przyrządów do wydobywania ciał obcych na ślepo jak koszyczek Graeffego i t. p. narażamy przełyk chorego dziecka na obrażenia, mogące sprowadzić ciężkie powikłania, objętość bowiem ciała obcego z koszyczkiem Graeffego jest przynajmniej dwukrotnie większa od objętości samego ciała obcego, którego wymiary były już tak wielkie, że spowodowały zatrzymanie się ciała obcego w przełyku. Wydobywanie więc ciała obcego na ślepo spowodować może obrażenie ścian przełyku. Dotyczy to zwłaszcza przypadków zaniedbanych z silnem wklinowaniem ciała obcego, które często już w krótkim czasie, bo po kilku lub kilkunastu godzinach wywołują odleżyny w ścianie przełyku. Nie można jednak powiedzieć, by ezofagoskopja u dzieci w przypadkach ciał obcych, zatrzymanych w przełyku, była zabiegiem zawsze łatwym; zdarzają się bowiem przypadki, w których wy-

dobycie ciała obcego u dziecka wymaga dużej wprawy i cierpliwości, zwłaszcza, że wykonujemy ezofagoskopję bez znieczulenia lub w uśpieniu ogólnem, które jest znacznie mniej dogodne, niż znieczulenie miejscowe stosowane u dorosłych. Stanowisko nasze w sprawie wydobywania ciał obcych z przełyku u dzieci nie jest odosobnione, gdyż wszyscy autorowie, którzy ezofagoskopję technicznie opanowują i pracują nad jej rozwojem i szerszem zastosowaniem, takie same stanowisko zajmują. Przeciw temu występuje dziś jeszcze spora ilość chirurgów i laryngologów twierdząc, że wykonywanie ezofagoskopji u dzieci z ciałem obcem okrągłem w przełyku jest zbyteczne, gdyż w większości przypadków udaje nam się wydobyć je na ślepo. Lecz cóż się dzieje z tymi przypadkami ciał obcych okrągłych u dzieci, w których nie udało się wydobyć ciała obcego zapomocą koszyczka lub też zepchnąć do żołądka? Wówczas wykonać musimy ezofagoskopję często w warunkach o wiele gorszych niż przedtem. Skutkiem bowiem próby wydobywania na ślepo występują w wielu przypadkach miejsca większego lub mniejszego obrażenia ściany przełyku albo silniejsze wklinowanie ciała obcego, co stanowi znaczne utrudnienie w wydobyciu ciała obcego zapomocą ezofagoskopji i co pogarsza rokowanie następowe; łatwiej bowiem występują w tych przypadkach powikłania w postaci wtórnego zakażenia ściany przełyku lub tkanki około-przełykowej i t. p. We wszystkich naszych przypadkach ciał obcych u dzieci wydobyliśmy je z mniejszemi lub większemi trudnościami, zapomocą ezofagoskopji. W dwóch tylko przypadkach wskutek ran odleżynowych i silnego wklinowania po uprzednio wykonywanych przepychaniach poza Kliniką mieliśmy zejście śmiertelne.

Pierwszy przypadek dotyczył dziecka lat 3-ch, które połknęło monetę 2-groszową. W 4-dni później po nieudałej próbie przepychania skierowano je do Kliniki. Prześwietlenie roentgenowskie, robione przed 2-dniami, wykazało cień kształtu monety 2-groszowej na wysokości dołka jarzmowego.

Wykonana w uśpieniu ogólnem ezofagoskopja nie pozwoliła stwierdzić monety, natomiast widoczne były na przedniej i tylnej ścianie przełyku w odległości 15 cm od zębów rany odleżynowe. W kilka godzin później wystąpiła szybko na szyji, rozprzestrzeniając się na całe ciało, odma podskórna (emphysema subcutaneum) duszność, sinica i zejście śmiertelne.

R o z p o z n a n i e s e k c y j n e: Ulcera decubitalia oesophagi. Corpus alienum (2 gr.) in mediast. post. progrediens. Pleuritis sero-

fibrinosa Emphysema subcutaneum mediastini anterioris et thoracis. Tumor lienis acutus. Status thymico-lymphaticus.

W przypadku tym moneta ustawiła się w przełyku niewątpliwie w płaszczyźnie strzałkowej, spowodowała rany odleżynowe na tylnej i przedniej ścianie, przebicie ściany przełyku i tylnej ściany tchawicy i opadła w wiotkiej tkance śródpiersia aż na przeponę.

Przypadek 2. (Tabl. 13). Dziecko 18-miesięczne, bawiąc się połknęło 10 halerzy monety austryjackiej przed 2-ma tygodniami; wowczas miało wystąpić ksztuszenie się, dławienie i wymioty. Od tego czasu gorzej przełyka, nie chce ssać piersi ani połykać pokarmów. Gdzieindziej usiłowano wydobyć ciało obce, lecz bez skutku. Prześwietlenie promieniami Roentgena stwierdza obecność ciała metalowego, płaskiego, na wysokości dołka jarzmowego. Dziecko na swój wiek słabo rozwinięte, miernie odżywione, blade, osłabione, ciepłota 37^0, tętno 130 na minutę. Nad lewem płucem stwierdzono lekkie stłumienie i rzężenia średnio-bańkowe. Ezofagoskopja wykonana przyrządem Brüningsa po wprowadzeniu rury Nr. 2 pozwoliła stwierdzić na wysokości drugiej cieśni przełyku brzeg stalowej monety, przy tylnej ścianie wśród ziarniny, pokrytej nekrotycznym nalotem. Ściana przełyku obrzękła i okrężnie nacieczona. Po kilkakrotnem usiłowaniu wydobycia zachwyconej monety, która silnie tkwiła wśród ziarniny nacieku udało się ją wydobyć zapomocą tępych szczypczyków Brüningsa. Wśród zabiegu występował kilkakrotnie bezdech, skutkiem czego musiano zabieg przerywać i podawać tlen do oddychania oraz środki nasercowe. Wieczorem ciepłota podniosła się do 39^0, a tętno drobne około 140 na minutę. Badanie fizykalne płuc wykazało oskrzelowe zapalenie płuc w obu dolnych płatach. Stan ciężki utrzymywał się w ciągu 4-ch dni i mimo środków nasercowych nastąpiło piątego dnia zejście śmiertelne. Rozpoznanie sekcyjne: mediastinitis purulenta et bronchopneumonia ambilateralis.

W obu powyższych przypadkach ciała obcego u dziecka, w których były robione próby wydobywania ciała obcego, zanim one dostały się do Kliniki, wystąpiły ciężkie powikłania, które spowodowane były w jednym przez uszkodzenie ściany przełyku i wystąpienie zakażenia śródpiersia, w drugim przez wystąpienie u dziecka, osłabionego przez długotrwałe niedożywianie, zapalenia płuc. Nie ulega wątpliwości, że gdyby przypadki te dostaly się do Kliniki wcześniej i bez uprzednich prób wyciągania ciała obcego, miałyby one lepsze widoki na wyzdrowienie.

Widzimy więc z powyższego, że nawet monety jako ciała płaskie o okrągłych brzegach, a więc pozornie łatwe do wydobycia lub przepchania jak to czyniono dawniej, mogą wskutek zaniedbania i nieumiejętnych prób wydobywania sprowadzić ciężkie powikłania, prowadzące do zejścia śmiertelnego.

Poniżej przytoczone przypadki monet i guzików u dzieci przedstawiają nam gładkie wydobycie i pomyślny przebieg następowy.

Przypadek 3. (Tabl. 8). Dziecko lat 2, połknęło przed 2-dniami 5-groszówkę i od tego czasu z trudnością przełyka.

Badanie roentgenologiczne stwierdza cień okrągły, odpowiadający metalowej monecie na wysokości dołka jarzmowego.

Ezofagoskopja wykonana w uśpieniu ogólnem pozwoliła stwierdzić 5-groszówkę na wysokości drugiej cieśni przełykowej. Po zachwyceniu zapomocą szczypczyków tępych wydobyto ją za rurą. (Nr. 2).

Przypadek 4. Przed około 24-godzinami dziecko lat 2 liczące bawiło się w drugim pokoju. Nagle zaczęło płakać i dławić się. Matka wbiegła do pokoju i przypuszczała, że dziecko coś połknęło. Ponieważ zauważyła na stole brak 1-groszówki sądziła, że tę monetę dziecko połknęło. Dziecko nie mogło następnie połykać stałych pokarmów. Płyny przełykało choć wolniej, niż zwykle. Badanie roentgenowskie wykazało obecność ciała obcego, wielkością odpowiadającego 5-groszówce, w górnej części przełyku. W narkozie mieszanej chloretylo-eterowej wykonano ezofagoskopję i wyciągnięto zapomocą tępych szczypczyków austryjacką monetę 20-halerzówkę, która znajdowała się w górnej części przełyku w położeniu skośno-poprzecznem. Następowy przebieg bezgorączkowy.

Przypadek 5. Przed 2-ma dniami połknęła 4-letnia dziewczynka 5-groszówkę, którą się bawiła. Połyka tylko płyny, pokarmy stałe i półpłynne zwraca. Dziecko jak na swój wiek słabo zbudowane i odżywione, blade. Zdjęcie roentgenowskie wykazało cień monety na wysokości dołka jarzmowego.

Wykonano ezofagoskopję i stwierdzono 5-groszówkę, leżącą ukośnie w świetle przełyku na podanej wysokości. Wydobyto za rurą zapomocą tępych szczypczyków. Następowy przebieg prawidłowy, bez gorączki. Tabl. Nr. 19.

Przypadek 6. (Nr. 4). Dziecko lat $3^1/_2$ w czasie zabawy miało połknąc dnia poprzedniego 50-groszówkę. Po połknięciu nie mogło połykać, a połknięte pokarmy zaraz zwracało. Zdjęcie rentgenowskie wykazało na wysokości pierwszego kręgu piersiowego du-

ży cień monety w górnej części przełyku. Wykonano ezofagoskopję w uśpieniu eterowem. Wprowadzono krótką rurę ezofagoskopu Chevalier-Jacksona. Tuż poniżej pierwszej cieśni ujrzano górny brzeg poprzecznie ustawionej monety wśród obrzękłej błony śluzowej. Zapomocą szczypczyków tępych uchwycono i wydobyto za rurą na zewnątrz. Dziecko w następnych dniach było bez gorączki i przełykało dobrze.

Przypadek 7. (Tabl. 5). Dziecko lat 5, połknęło w czasie zabawy 50-groszówkę, poczem zaczęło się dusić i wymiotować. Duszność utrzymała się przez parę godzin, poczem stan nieco się polepszył. Połyka płyny w małej ilości, pokarmów stałych nie przełyka. Badanie rentgenowskie wykazało obecność ciała obcego metalowego na wysokości dołka jarzmowego. Wykonano ezofagoskopję w uśpieniu eterowem. Wprowadzono rurę 8 mm średnicy, przyczem na wysokości rozwidlenia tchwawicy można było zobaczyć brzeg monety ustawionej poprzecznie. Przy pomocy ostrych szczypczyków Brüningsa udało się ciało obce uchwycić i wyciągnąć za rurą ezofagoskopu. Ciepłota bezpośrednio po zabiegu podniosła się do 39^0. Ciepłota, która przed operacją utrzymywała się w ciągu kilku dni powyżej 37^0, w końcu opadła do stanu prawidłowego.

Przypadek 8. (Tabl. Nr. 3). Dziecko lat 2, połknęło w zabawie 10-fenigówkę, poczem poczęło się ksztusić i wymiotować. Od tego czasu przełyka tylko płyny z trudnością. Badanie rentgenologiczne wykazuje obecność ciała obcego, okrągłego na wysokości dołka jarzmowego. W uśpieniu eterowem wykonano ezofagoskopję i w odległości 23 cm od zębów, a więc w dolnym odcinku przełyku, widać brzeg monety ustawionej poprzecznie bliżej tylnej ściany; zachwycono szczypczykami ostrymi i wydobyto za rurą. Przebieg następowy prawidłowy z lekkiem podniesieniem ciepłoty (do 37.3) w 3-dniach.

Przypadek 9. (Tabl. Nr. 6). Dziecko lat 3, przed dwoma tygodniami połknęło 50-groszówkę, poczem wystąpiły wymioty i ksztuszenie się, potem zaś oddech i przełykanie płynów swobodne, jednakowóż występują wymioty. Prześwietlenie rentgenologiczne wykazało obecność ciała obcego metalowego, okrągłego na wysokości dołka jarzmowego. Wykonano ezofagoskopję w uśpieniu eterowem, która pozwoliła stwierdzić powyżej rozgałęzienia tchawicy na przedniej ścianie przełyku martwiczą tkankę i obfitą ziarninę. Ciała obcego nie można było widzieć. Wobec tego przesunięto rurę ezofagoskopu

aż do żołądka i ciała obcego nie znaleziono. Dopiero przy cofaniu rury okazała się w miejscu ziarniny moneta, względnie jej brzeg, który zachwycono szczypczykami ostrymi Brüningsa i wydobyto na zewnątrz. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, jedynie ciepłota w pierwszych dniach była nieco podwyższoną, lecz po 5-dniach opadła do normy.

Przypadek 10. (Tabl. Nr. 17). Dziecko lat 2, przed 5-dniami połknęło 50-groszówkę. Początkowo nie miało żadnych dolegliwości, dopiero po spożyciu bułki nastąpiły wymioty. Prześwietlenie roentgenologiczne stwierdza cień okrągły na wysokości 6-kręgu szyjnego. Wykonana ezofagoskopja w uśpieniu eterowem, pozwoliła stwierdzić w pierwszej cieśni 50-groszówkę, przykrytą częściowo przez obrzękłą śluzówkę. Brzeg monety zachwycono szczypczykami ostrymi i wydobyto na zewnątrz. Przebieg po zabiegu prawidłowy.

Przypadek 11. (Tabl. Nr. 11). Dziecko lat $3^{1}/_{2}$ otrzymało od matki torebkę z pieniędzmi do zabawy, w której znajdowały się trzy 20 groszówki. Nagle dziecko z krzykiem zaczęło się dławić i wymiotować przez 2 minuty, poczem się uspokoiło. Wieczorem zaczęło się skarżyć na ból na wysokości rękojeści mostka. Podawane płyny przełykało dobrze, pokarmów stałych zaś połknąć nie mogło. Badanie roentgenologiczne wykazało obecność cienia, odpowiadającego monecie metalowej na wysokości dołka jarzmowego. W uśpieniu ogólnem wprowadzono rurę ezofagoskopu Nr. 3 i stwierdzono w odległości około 15 cm. od zębów obecność monety zczerniałej, ustawionej poprzecznie. Moneta wydawała się grubszą jak 20-groszówka, zachwycono ją szczypczykami tępemi i wydobyto za rurą do gardła, gdzie się wymknęła. Zapomocą palca wydobyto ją na zewnątrz i okazało się, że zamiast jednej były dwie 20-groszówki zlepione i zczerniałe na wolnych brzegach górnym i dolnym i na powierzchniach zewnętrznych. Na powierzchniach zaś zetknięcia barwy niklu. Stan dziecka po zabiegu był zupełnie dobry, temperatura utrzymywała się przez 1 dzień do 37.3, następny zaś dzień był bez gorączki.

Przypadek 12. (Tabl. Nr. 7). Dziecko lat 9, połknęło przed dwoma dniami w czasie zabawy monetę. Prześwietlenie roentgenologiczne wykazało cień monety poniżej dołka jarzmowego. W uśpieniu eterowem wykonano ezofagoskopję, która pozwoliła stwierdzić na wysokości rozwidlenia tchawicy monetę żółtawą (5-groszówkę), którą zachwycono szczypczykami i wydobyto na zewnątrz. Następowy przebieg prawidłowy.

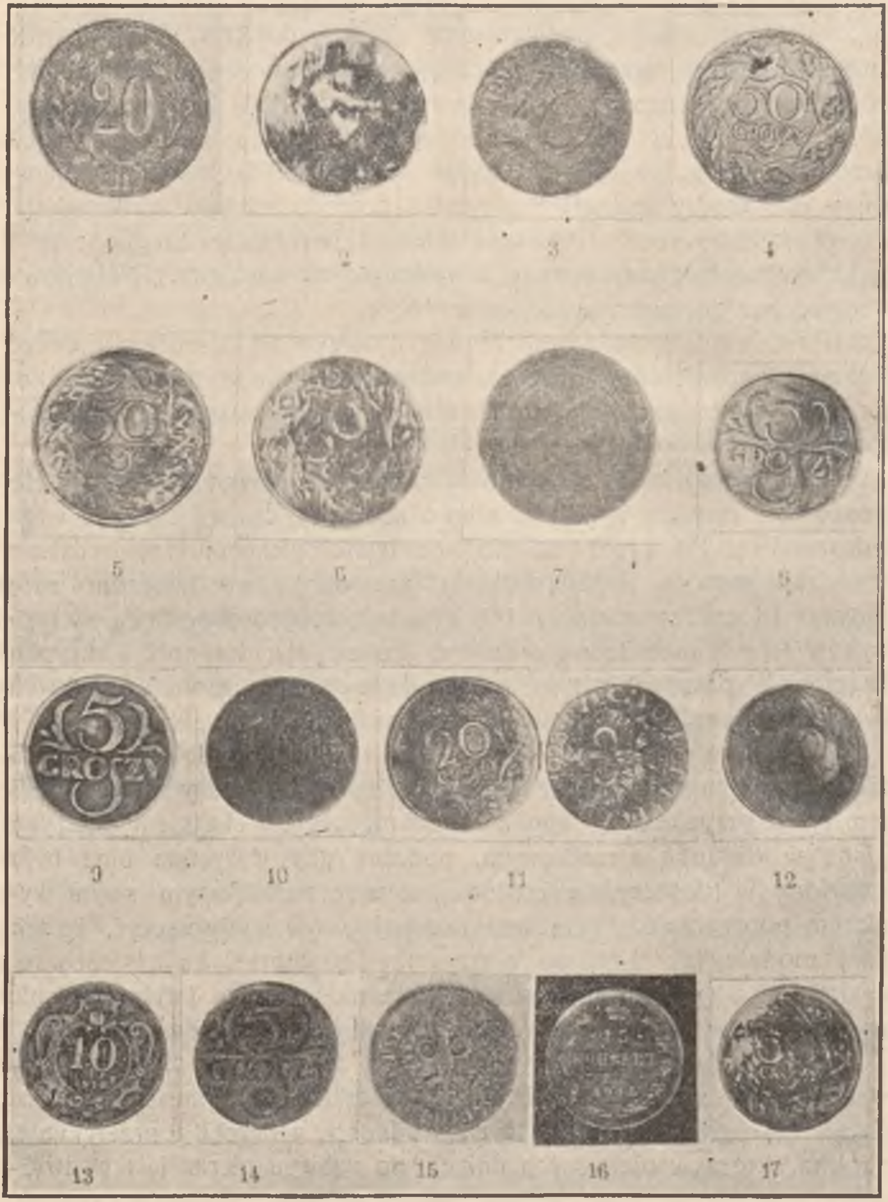
P r z y p a d e k 13. (Tabl. Nr. 2). Dziecko lat 3, połknęło dnia poprzedniego w czasie zabawy 1 złotego. Wystąpiła niemożność przełykania nawet płynów, podwyższenie ciepłoty do 37.3. Prześwietlenie roentgenologiczne wykazało poniżej dołka jarzmowego cień monety, ustawionej poprzecznie. Wykonano ezofagoskopję bez znieczulenia, która pozwoliła stwierdzić na podanej wysokości znaczny obrzęk śluzówki i brzeg monety. Założono szczypczyki B r ü n i n g s a tępe, które nie mogły monety ruszyć, z powodu silnego wklinowania. Wprowadziliśmy szczypczyki tępe C h e v a l i e r-J a c k s o n a, zapomocą których uchwycono monetę i wydobyto na zewnątrz. Następowy przebieg bez gorączki, przełykanie dobre.

P r z y p a d e k 14. (Tabl. Nr. 14). Dziecko lat 3, połknęło przed 5-dniami 5-groszówkę, którą po stwierdzeniu zapomocą prześwietlenia roentgenologicznego wydobyto bez uśpienia zapomocą ezofagoskopji. Następowy przebieg prawidłowy.

P r z y p a d e k 15. Dziecko lat 2, połknęło przed 2-dniami 5-cio groszówkę, poczem wystąpiła niemożność połykania i chrypka wraz z dusznością. Po prześwietleniu roentgenologicznem i stwierdzeniu obecności monety ponad dołkiem jarzmowym wprowadzono rurę długości 14 cm., a szerokości 8 mm i wydobyto zapomocą szczypczyków tępych monetę na zewnątrz. Po zabiegu duszność i chrypka ustąpiły. W przypadku tym z powodu uciskania monety na krtań wystąpiła duszność i chrypka, wywołana lekkim obrzękiem krtani.

Na 27 przypadków monet różnej wielkości wydobyliśmy w 26 przypadkach zapomocą ezofagoskopji ciało obce na zewnątrz. W jednym tylko przypadku (przyp. 1) moneta przebiła skutkiem odleżyny ścianę w kierunku strzałkowym, podczas gdy wszystkie inne były ustawione w płaszczyźnie czołowej, a więc największym swym wymiarem poprzecznie. Tem też możemy sobie wytłumaczyć, że tak mała moneta jak 2-grosze zatrzymała się w przełyku i, stanowszy w kierunku strzałkowym, spowodowała na przedniej i tylnej ścianie przełyku na wysokości rozwidlenia tchawicy głębokie owrzodzenia.

Ogólnie jednak możemy powiedzieć, że w przypadkach, w których moneta zalega niezbyt długo, wydobycie zapomocą ezofagoskopji nie przedstawia większych trudności, a przebieg przełykania, ciepłota, która w pierwszych dniach po zabiegu nieraz jest podwyższona, opada do normy. Najbardziej szkodliwym czynnikiem w przypadkach ciał obcych u dzieci są próby przepychania lub wyciągania na ślepo, które prowadzą do obrażeń i następowych powikłań. Do wydobycia ciał obcych u dzieci, zatrzymanych w górnym odcinku



Ze zbiorów Kliniki otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie.
Monety wydobyte z przełyku.

przełyku, posługiwaliśmy się często rurą Killiana długości 14 cm., a szerokości 8 mm., której nie mamy w komplecie przyrządów Brüningsa. Oddawała nam ona dobre usługi zwłaszcza u dzieci małych do lat 3-ch. Dawniej wykonywaliśmy u wszystkich dzieci ezofagoskopję w uśpieniu, obecnie od 3-ch lat wykonujemy ją bez uśpienia u dzieci do lat 4-ch, u starszych zaś, które trudniej przytrzymać, stosujemy uśpienie eterowe. Czas trwania wydobycia monety u dziecka z przełyku jest różny: od kilku minut do pół godziny i nieraz dłużej. Niektórzy autorowie podają czas trwania wydobycia ciała obcego (Chevalier-Jackson) obliczony na sekundy. Może to mieć miejsce przy ogromnej wprawie operatora i personelu pomocniczego, lecz nie we wszystkich przypadkach, bo trudności, które w czasie zabiegu się wyłaniają, nie pozwalają na szybkie wykonanie jego. Jesteśmy bowiem zmuszeni nieraz zabieg przerywać z powodów zatrzymania się oddechu u dziecka lub duszności, która skutkiem ucisku na tchawicę i krtań nieraz występuje.

Oprócz monet połykają dzieci często guziki, świstawki, spinki, pluskiewki i odłamki różnych zabawek. Dla przykładu przytoczę niektóre przypadki, które mieliśmy sposobność spostrzegać.

Przypadek 16. (Tabl. Nr. 30). Dziecko 6 miesięczne połknęło spinkę od kołnierzyka, która po kilku godzinach wywołała silną duszność skutkiem obrzęku krtani. Dziecko przewieziono na oddział chirurgiczny Szpitala dziecięcego, gdzie wykonano natychmiast tracheotomję. Prześwietlenie rentgenologiczne wykazało obecność spinki w pierwszej cieśni przełyku. Wykonano następnego dnia ezofagoskopję, która stwierdziła masy obumarłej tkanki, a wśród niej widoczna była spinka ustawiona ukośnie. Zapomocą tępych szczypczyków wydobyto ją. Już przed ezofagoskopją wystąpiły objawy zapalenia płuc z temperaturą do 39^0, któremu dziecko uległo po kilku dniach od wydobycia ciała obcego. Sekcja wykazała bardzo znaczny obrzęk krtani, dwie rany odleżynowe, głębokie, drążące na tylnej i przedniej ścianie przełyku, zapalenie płuc w obu dolnych płatach oraz stan grasiczno-limfatyczny.

Przypadek powyższy przedstawia powikłania, wywołane przez ciało obce u kilku-miesięcznego dziecka, które spowodowało przez ucisk obrzęk krtani i następowe powikłania płucne. Miało to miejsce z powodu tego, że ciało obce utkwiło na wysokości krtani i przez swe rozmiary i ostry brzeg spowodowało głębokie owrzodzenie.

Przypadek 17. (Tabl. Nr 18). Dziecko 6-letnie połknęło przed 2-ma dniami gwizdek, poczem wystąpiły trudności w połykaniu. Prześwietlenie roentgenologiczne wykazało cień gwizdka ponad dołkiem jarzmowym. Ciepłota wynosiła 37.4. Wykonano ezofagoskopję w uśpieniu eterowem i stwierdzono poniżej pierwszej cieśni obecność gwizdka, który zachwycono szczypczykami ostrymi i wydobyto. Przez dwa dni ciepłota utrzymywała się do 38. Podano zastrzyk Omnadyny. Ciepłota opadła. Dziecko wyzdrowiało.

Przypadek 18. Nr. 19. Dziecko lat 6 połknęło dnia poprzedniego gwizdek, który, po stwierdzeniu zapomocą prześwietlenia roentgenologicznego, wydobyto zapomocą ezofagoskopji, wykonanej w znieczuleniu miejscowem 5% kokainą. Następowy przebieg prawidłowy (Tabl. Nr. 23).

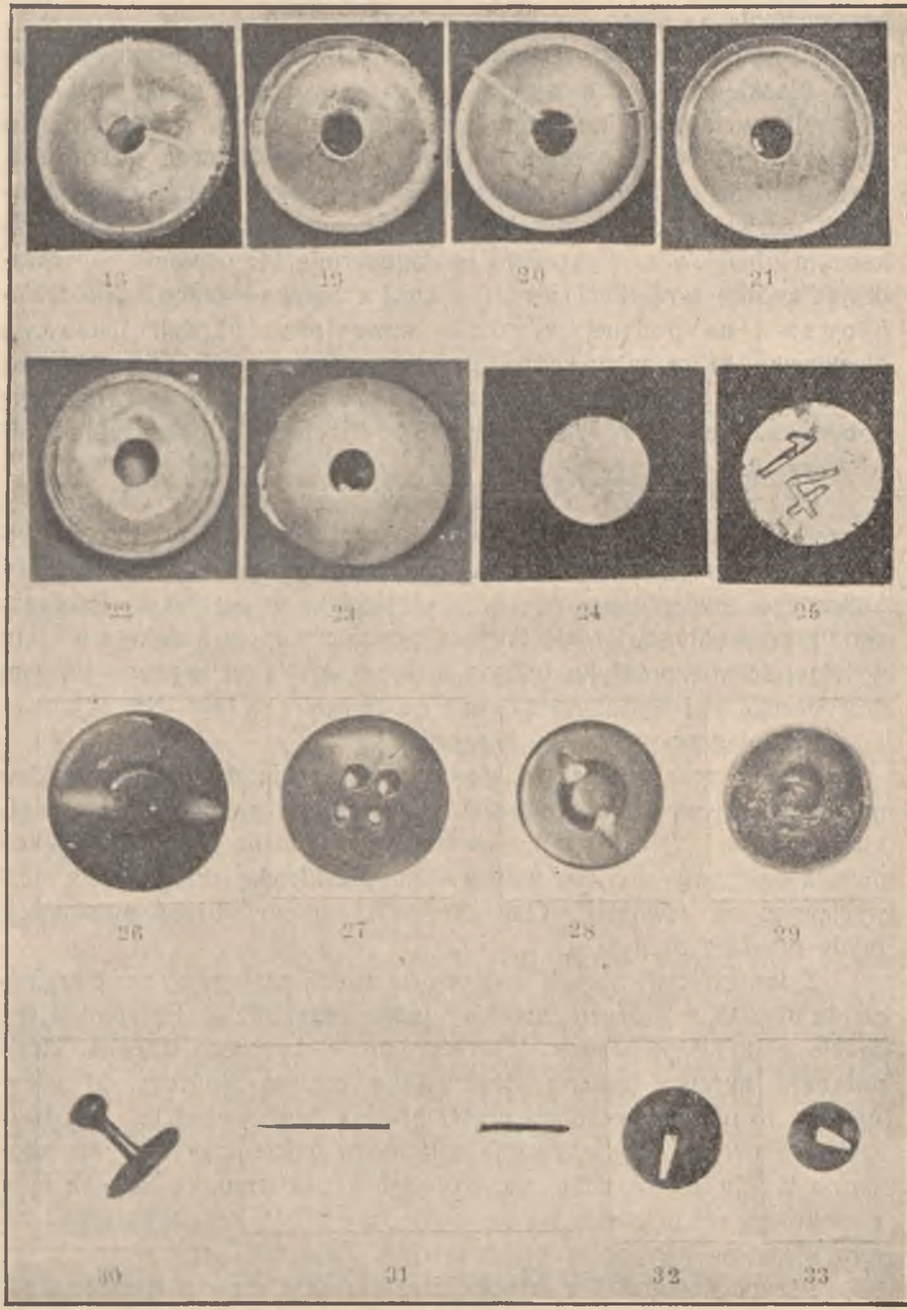
Na 6 przypadków gwizdków przedstawionych na tablicy od Nr. 18 do 23 wydobyto we wszystkich, zapomocą ezofagoskopji, ciała obce i przebieg następowy był prawidłowy. Wiek dzieci w tych przypadkach sięgał od 6-ciu do 10-ciu lat, gdyż w tym wieku dzieci chętnie używają tej zabawki.

Przypadek 19. Dziecko 9-miesięczne połknęło guzik metalowy od płaszcza wojskowego (Tabl. Nr. 29). Wystąpiły wymioty i lekka duszność, wykonano ezofagoskopję bez uśpienia, która pozwoliła stwierdzić poniżej pierwszej cieśni obecność guzika. Brzeg jego zachwycono szczypczykami ostrymi i wydobyto na zewnątrz. W następnych dniach utrzymywał się stan podgorączkowy, który ustąpił.

Przypadek 20. (Tabl. Nr. 24). Dziecko 18-miesięczne połknęło guzik do zapinania kołdry, który wydobyto zapomocą ezofagoskopji. Następowy przebieg choroby prawidłowy.

Przypadek 21. Dziecko 18-miesięczne połknęło przed 5-dniami guzik od płaszcza o średnicy $2^1/_2$ cm, który powoduje całkowitą niemożność połykania i ciągłe wymioty. Badanie roentgenologiczne nie wykazuje cienia ani przy prześwietlaniu wprost, ani zboku. Taki sam guzik wzięty do prześwietlenia, trzymany w ręce daje bardzo słaby cień. Wykonano ezofagoskopję, która pozwoliła stwierdzić na wysokości dołka jarzmowego widoczny wśród obrzękłej śluzówki czarny brzeg guzika, który zachwycono szczypczykami ostrymi i wydobyto na zewnątrz (Tabl. Nr. 26). Przebieg po wydobyciu prawidłowy, dziecko połyka i oddycha dobrze.

Jak widzimy z powyższych przypadków, wydobycie u dzieci guzików zapomocą ezofagoskopji nie napotyka na wielkie trudności,



Ze zbiorów Kliniki otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie.
Swistawki, guziki, spinka i pluskiewki.

o ile przedmiot niedługo zalegał w przełyku i o ile nie było prób przepychania na ślepo.

Przypadek 22. Dziecko lat 2, bawiąc się na podłodze znalazło pluskiewkę, którą wzięło do ust i w oczach matki połknęło. Wystąpiły wymioty i ksztuszenie się, które po chwili ustały. Dziecko skarży się na ból w przełykaniu i nie chce przyjmować pokarmów. Prześwietlenie rentgenowskie wykazuje cień mały okrągły na wysokości pierwszej cieśni przełyku, który odpowiada pod względem kształtu pluskiewce. Wykonano ezofagoskopję bez uśpienia, wprowadzając krótką rurę Killiana (14 cm.) z rączką ezofagoskopu Brüningsa i na podanej wysokości stwierdzono ukośnie ustawioną pluskiewkę, którą zachwyconą ostrymi szczypczykami i, po obluźnieniu ostrego końca, wbitego w ścianę, wprowadzono ją do rury i wydobyto na zewnątrz (Tabl, Nr. 33). Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Przypadek 23. Dziecko 22-miesięczne połknęło pluskiewkę. Poczęło ksztusić się i wymiotować, lecz potem się uspokoiło; przyjmowanie pokarmów utrudnione. Zapomocą prześwietlenia rentgenologicznego stwierdzono obecność pluskiewki w przełyku. Ezofagoskopja pozwoliła stwierdzić tkwiącą poprzecznie pluskiewkę z wbitym w tylnej ścianie przełyku ostrym końcem, którą zachwycono ostrymi szczypczykami i wydobyto za rurą na zewnątrz. (Tabl. Nr. 32).

Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Oba te przypadki z pluskiewkami wskazują, że nawet u bardzo małych dzieci wydobycie pluskiewki z przełyku nie przedstawia wielkich trudności. Należy tylko uważać, by obluźnić ostry i wbity koniec, a następnie dopiero wprowadzić pluskiewkę do rury i z rurą wyciągnąć na zewnątrz. Oba przypadki po wydobyciu pluskiewek miały przebieg pomyślny.

Z innych ciał obcych ostrych u dzieci zasługują na uwzględnienie agrafki, z których mieliśmy jeden przypadek. Przypadek ten będzie osobno ogłoszony. Dotyczy on 18-dniowego dziecka, które połknęło agrafkę otwartą, skierowaną ostrym końcem do góry. Agrafka ta utkwiła w dolnej części przełyku przy wpuście. Po dwukrotnych próbach wydobywania zapomocą najcieńszej rury ezofagoskopu Brüningsa udało się wydobyć dzięki temu, że agrafka była z miękkiego drutu i dała się po odgięciu ostrego końca wciągnąć do rury. Przebieg następowy bez powikłań. Tabl. Nr. 74.

Przypadki agrafki u dziecka przedstawiają czasem większe trudności w czasie wydobywania, dlatego też podano cały szereg przy-

rządów i sposobów ich wydobycia, które polegają na zamknięciu agrafki wewnątrz i następowem wydobyciu lub też na sprowadzeniu agrafki do żołądka, wykonaniu obrotu wewnątrz i następowem wydobyciu, lub wreszcie na przesunięciu rury lub osobnej rureczki ponad ostry koniec i następowem wydobyciu razem z rurą.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. (Kier. prof. Dr. *J. Szmurło*).

Doc. T. WĄSOWSKI.

Wpływ jednostronnej próby cieplnej na narząd statyczny drugiego ucha.

Przy badaniu pobudliwości cieplnej błędnika w przypadkach, gdy należy powtórzyć badanie kilkakrotnie, robimy zwykle, w celu uniknięcia fałszywych wyników, pomiędzy jednem a drugiem płókaniem ucha przerwę 5—10 minutową, wystarczającą, by ustąpiły zupełnie zjawiska reakcyjne związane z poprzedniem podrażnieniem błędnika. Konieczność takiej przerwy tłumaczą potrzebą wyrównania różnicy t^0 lub stanu podrażnienia narządu równowagi (*Szasz). Kobrak* uznaje, że pauza ta nie może być mniejszą od 4—5 min. gdyż mniej-więcej ten czasokres odpowiada trwaniu odruchu naczyniowego w uchu.

Tej samej reguły trzymamy się, o ile chodzi o badanie obu uszów chorego.

W odróżnieniu od próby obrotowej, która jednocześnie drażni oba narządy statyczne, przyzwyczailiśmy się uważać próbę cieplną za taką, dzięki której możemy badać osobno każdy błędnik (*Brühl, Baldenweck, Alexander*). Istnieją jednak fakty, stwierdzające z całą pewnością, że podrażnienie cieplne jednego błędnika, wywołując powstanie typowego odruchu pod postacią oczopląsu lub zboczenia gałki ocznej, zmienia warunki pobudliwości kalorycznej i dla błędnika strony przeciwnej. Zdawałoby się, że np. po oziębieniu prawego przewodu słuchowego, po ustąpieniu objawów oczopląsowych—przez pewien czas możemy oczekiwać obniżenia pobudliwości cieplnej na zimną wodę dla lewego ucha. A jednak dzieje się wprost odwrotnie; badając zachowanie się odruchu cieplnego u królików nieraz miałem

możność zauważyć następujące zjawisko: przypuśćmy, że oziębienie lewego przewodu słuchowego nie jest w stanie wywołać typowego odruchu oczopląsowego, a powiedzmy, tylko zboczenie gałki ocznej. W pewnych razach wystarczy przepłókać zimną wodą prawe ucho królika, by zaraz potem wykonane ponowne oziębienie lewego ucha spowodowało wystąpienie typowego oczopląsu.

Podany fakt przemawia za tem, że termiczne drażnienie błędnika bynajmniej nie tylko powoduje odruch po stronie drażnienia, lecz wpływa w jakiś sposób i na błędnik strony przeciwległej, jakgdyby uczulając go na podobne bodźce termiczne.

Powyższe spostrzeżenia należało sprawdzić na ludziach. W tym celu przeprowadziliśmy na osobach z całkiem zdrowemi uszami systematyczne badania pobudliwości cieplnej, to jednego, to drugiego błędnika. Ponieważ, jak wykazały badania *Neumanna*, *Fremela*, *Brüninga*, *Hautanta*, *Zalewskiego*, odruch cieplny nie jest jednostką stałą, musieliśmy za każdym razem określać dla danego okresu normalną pobudliwość cieplną każdego badanego. Po określeniu progu pobudliwości cieplnej i czasu trwania oczopląsu dla jednego ucha, przestrzykiwaliśmy po pewnym czasie drugie ucho taką samą ilością wody o tej samej ciepłocie, określając również siłę odruchu. W pierwszych naszych badaniach pauza między płókaniem jednego i drugiego ucha wynosiła 10 minut. W innych badaniach zmniejszyliśmy ją do 5—4—3 i 2 minut, a w całym szeregu badań przepłókiwaliśmy drugie ucho już po minucie od ustania oczopląsu cieplnego po uprzedniem płókaniu.

Po pewnym dłuższym czasie (po kilku godzinach lub drugiego—trzeciego dnia) ponawialiśmy swe badania, lecz w porządku odwrotnym, to znaczy rozpoczynając je oziębianiem tego ucha, na którem pierwsze badanie było ukończone. Jeśli więc uprzednio przepłókiwaliśmy najpierw prawe ucho a potem lewe, przy następnem badaniu wpierw płókaliśmy ucho lewe, a potem prawe. W ten sposób mogliśmy porównać stosunek okresu utajonego i siły odruchu dla obu uszów w każdym przypadku. Zbadaliśmy 64 osoby, badań przeprowadziliśmy 382. Używaliśmy zwykle 10 $ctm.^3$ wody o t^0 22°C lub 48—50°C. Wyniki naszych badań przedstawiają się następująco: ponowne płókanie tego samego ucha wodą o tej samej t^0, wykonane po upływie 2—3—4—5—10 minut od zakończenia oczopląsu wywołanego poprzedniem płókaniem powoduje stale odruch oczny szybciej i znaczniejszej siły; płókanie drugiego ucha, wykonane po 2—10 minutach od odruchu po kalorycznem podrażnieniu błędnika strony przeciwnej,

również daje odruch żywszy, czyli okres utajony mniejszy, trwanie oczopląsu dłuższe. W pojedyńczych tylko przypadkach otrzymywaliśmy oczopląs trochę później; trwał on jednak również długo.

Dla ilustracji powyższego podajemy wyciąg z kilku protokółów badań.

1. W. W. 29 lat.

23.IV.30. Płókanie praw. ucha 10 ctm^3. wody o $t^0 22^0$C. — po 45 s. Ny. h. s. — 42 s.
po 10 min. ponowne płókanie tego samego ucha
10 ctm^3. wody o t^0 22^0C. — po 27 s. Ny. h. s. — 90 s.
po 10 min. płókanie lewego u. 10 c. wody o $t^0 22^0$C. — po 24 s. Ny. h. d. — 54 s.
po 5 min. płókanie praw. ucha 10 c. wody o $t^0 22^0$C. — po 20 s Ny. h. s.—144 s.
po 5 min. płókanie lewego ucha 10 c. wody o $t^0 22^0$C. — po 21 s Dev. s. poczem Ny. hor. d. — 60 s.

24 IV.30.

Płókanie lewego ucha 10 c^3 wody o $t^0 22^0$C — po 29 s. Dev. s. po 49 s. Ny. h. d. 80
po 5 min. płókanie pr. u. 10 c. wody o $t^0 22^0$C. — po 15 s. Ny. h. s.—127 s.

52. O. W. 30 lat.

4.II.31. Płókanie praw. ucha 10 c. wody o $t^0 21^0$C. — po 40 s. Ny. h. s. — 37 s.
po 1 min. płók. lewego ucha 10 c. wody o $t^0 21^0$C. — po 25 s. Ny. h. d. — 60 s.
po 1 min. płókanie praw. u. 10 c. wody o $t^0 21^0$C. — po 20 s. Ny. h. r. s.— 80 s.

48. N. S. 30 lat.

4.II.31. Płókanie lew. u. 10 c. wody o $t^0 21^0$C. — po 120 s. brak odruchu.
po 1 min. płók. praw. u. 10 c. wody o $t^0 21^0$C. — po 120 s. brak odruchu.
po 3 min. płók. lew. u. 10 c. wody o $t^0 21^0$C. — po 60 s. Ny. h. d. — 15 s

Z tych kilku protokółów widzimy, że oziębianie przewodu słuchowego zewnętrznego, powodując powstanie typowego odruchu ocznego, charakterystycznego dla podrażnienia błędnika po stronie oziębiania, uczula błędnik po stronie przeciwnej na bodźce termiczne. To samo spostrzegaliśmy przy użyciu gorącej wody.

27. W. A. 21 lat.

26.X.30 płók. praw. ucha 10 c. wody o $t^0 48^0$C. — po 60 s. brak odruchu.
po 5 min. płók. lew. ucha 10 c. wody o $t^0 48^0$C. — po 15 s. Ny. h. sin. — 50 s.
po 5 min. płók. praw. ucha 10 c. wody o $t^0 48^0$C. — po 40 s. Ny. h. d. (słaby).—40 s.
po 1 min. płók. lew. ucha 10 c. wody o $t^0 48^0$C. — po 15 s. Dev. d. a potym Ny h. s. — 75 s.
27.X.30. płók. lew. ucha 10 c. wody o $t^0 48^0$C. — po 25 s. Ny. h. s. — 30 s.
po 2 min. płók. praw. ucha 10 c. wody o $t^0 48^0$C. — po 45 s. Ny. h. d. (sł.) — 15 s.

Jeśli weźmiemy pod uwagę, że badania *Brüningsa* na zwierzętach, a *Badda* na ludziach wykazały, iż jednoczesne dwustronne oziębianie lub ogrzewanie ucha nie daje u normalnej jednostki oczopląsu, czyli że pobudliwość cieplna z obu stron bywa normalnie

jednakową, te różnice pobudliwości cieplnej, spostrzegane przez nas w omówionych wyżej badaniach, stwierdzają z całą pewnością fakt, że próba cieplna nie jest czynnikiem drażniącym tylko po jednej stronie łuk odruchu. Oziębianie lub ogrzewanie ściany błędnika odbija się w jakiś sposób na stanie błędnika po drugiej stronie, uczulając go na podrażnienia tego samego charakteru.

Ponieważ płókanie przewodu zewnętrznego zimną lub gorącą wodą odbija się na równowadze systemu naczynioruchowego, co nie może pozostać bez wpływu na naczynia ucha i po stronie przeciwnej, należy przeto rozważyć, czy czynniki natury naczynioruchowej nie odgrywają dominującej roli w omawianem przez nas zjawisku. Uczulenie błędnika na podrażnienia cieplne notowaliśmy po płókaniu ucha zimną lub gorącą wodą nietylko 1—2 minuty po ustaniu odruchu, gdy jeszcze odruch naczyniowy nie minął, ale również po upływie 10 minut, czyli po okresie reakcji ze strony naczyń ucha. Oziębianie ucha wywołuje, według *Kobraka* zwężenie naczyń obwodowych, a rozszerzenie w błędniku, ogrzewanie zaś — odwrotnie: anemję błędnika. Zmiany w naczyniach ucha, wywołane podrażnieniem cieplnem, odbić się muszą na stanie naczyń głowy, jak również ucha strony przeciwnej. Jeśli przecięcie nerwów współczulnych ucha wywołuje rozszerzenie naczyń, przekrwienie i podniesienie ciepłoty w uchu, często bardzo znaczne, to podrażnienie, dając zwężenie naczyń obwodowych ucha, prawdopodobnie wpłynie na obniżenie ciepłoty w uchu. Wahania te jednak mogą być tak nieznaczne, że zwykłemi ciepłomierzami uchwycić ich nie będziemy w stanie. W tym celu posługiwaliśmy się przyrządem termoelektrycznym Siemensa, pozwalającym na podstawie różnicy potencjałów ogniwa termoelektrycznego, określanej galwanometrem, dokładnie mierzyć zmiany temperatury ciała.

Badania swe przeprowadziliśmy według następującego planu: najpierw określaliśmy t^0 skóry przewodu słuchowego zewnętrznego, jego tylnej ściany tuż przy błonie bębenkowej. Potem przepłókiwaliśmy ucho po drugiej stronie w części doświadczeń zimną wodą (12^0C), w części gorącą ($45 — 48^0$C) i znów określaliśmy t^0 skóry przewodu słuchowego tego samego ucha co poprzednio w tem samem miejscu. Ponownie mierzyliśmy t^0 po upływie 10 minut od przepłókania ucha. Zbadaliśmy w ten sposób 28 osób (we wszystkich przypadkach uszy były zdrowe). Ponieważ istnieje nieznaczna różnica w ciepłocie tych samych punktów skóry przy pierwszem mierzeniu i przy następnem, postępowaliśmy zgodnie ze wskazówkami *Selig-*

mana, *Straussa* i różnicę nie wyższą od 0,5^0 określaliśmy jako odchylenie nie przekraczające normy.

Z pośród 28 zbadanych u 9 notowaliśmy po oziębianiu prawego ucha 20 c^3 wody o t^0 12^0 C. podniesienie t^0 skóry lewego przewodu słuchowego o 0,2—05^0, co nie wykraczało poza odchylenia normalne. W jednym przypadku t^0 skóry przewodu lewego ucha spadła po oziębianiu prawego ucha o 0,7^0, w 9 wzrastała w granicach 0,6—1^0. Co do skutków przepłókiwania prawego ucha gorącą wodą, to u 6 osób nie wpłynęło to na zmianę t^0 skóry lewego przewodu słuchowego, u jednej badanej t^0 obniżyła się o 0,7^0 u dwóch pozostałych widzieliśmy podniesienie t^0 (raz nawet do 1,6^0).

Badania powyższe zdają się przemawiać na korzyść tego, że istotnie oziębianie lub ogrzewanie przewodu słuchowego zewnętrznego po jednej stronie powodu,e jakieś zaburzenia w systemie naczyniowym ucha strony przeciwnej. Pomiarami t^0 nie udało się nam jednak ująć te zaburzenia w ramy konkretne, gdyż w pewnej części doświadczeń zimna woda wywoływała obniżenie t^0, co w pojedyńczych przypadkach notowaliśmy i po ogrzewaniu ucha. Niejednolitość wyników postanowiliśmy sprawdzić tą samą metodą na królikach. Podobnie jak u ludzi, określaliśmy dla każdego królika różnicę t^0 skóry ucha lewego po płókaniu zimną wodą prawego ucha, a po paru godzinach powtarzaliśmy to samo dla gorącej wody. Zbadaliśmy w ten sposób 6 królików. We wszystkich doświadczeniach ciepłota skóry ucha podnosiła się tylko o 0,2—0,4^0 (czyli w granicach normy), niezależnie od tego, czy oziębialiśmy prawe ucho. Przy ogrzewaniu różnice t^0 były mniejsze (0,1—0,2^0), przy oziębianiu nieco większe (0,4 — 0,5^0). Większych odchyleń nie widzieliśmy ani razu.

Innym 3 królikom zastrzyknęliśmy podskórnie po 0,15 atropini sulfurici, by usunąć wpływ systemu n. błędnego. Powtórzone badania wykazały, że t^0 skóry ucha zachowywała się po oziębianiu ucha drugiej strony podobnie, jak w poprzednich doświadczeniach, czyli podniesienia jej nie przekraczały 0,4^0.

Porównanie ujemnych wyników otrzymanych przez nas w badaniach na zwierzętach ze słabo dodatniemi, jakie dały nam obserwacje u ludzi, każe nam przypuszczać istnienie pewnych zaburzeń naczyniowych w uchu w zależności od termicznych podrażnień błędnika po stronie przeciwnej. Czy jednak te zaburzenia mogą być bezpośrednią przyczyną uczulenia na bodźce termiczne błędnika jednej strony po podrażnieniu termicznem błędnika strony przeciwnej, jest

kwestją nie tylko bardzo wątpliwą, lecz raczej nieprawdopodobną, a to dla przyczyn następujących.

Jak już wspominaliśmy wyżej, ponowne płókanie tego samego ucha daje wzmożenie odruchu nietylko po 2 minutach, lecz również i po 10, czyli wtedy, gdy reakcja naczynioruchowa już znikła. Jeśliby wzmożenie pobudliwości cieplnej zależało w tych wypadkach od stanu systemu naczynioruchowego w uchu, to musielibyśmy spostrzegać różnice w charakterze i sile odruchu, wywołanego 2 minuty lub 10 minut po poprzednim odruchu. Pozatem, stwierdziliśmy, że wzmożenie pobudliwości cieplnej występuje po płókaniu ucha tej samej strony lub przeciwnej i jest zjawiskiem stałem, a przecie zmiany naczynioruchowe spostrzegane przez nas nie były jednakowe i nie zawsze dostatecznie wyraźnie występowały. Jeśli więc wyłączymy przyczyny natury naczynioruchowej, to wytłumaczenia omawianego zjawiska szukać należy nie w zmianach powstałych na obwodzie łuku odruchowego błędnika, a raczej w jego centralnych ogniwach.

Ruttin jeden z pierwszych zwrócił uwagę na fakt, że po zniszczeniu jednego błędnika pobudliwość cieplna i obrotowa znika i po stronie przeciwnej. Pobudliwość obrotowa po pewnym czasie wraca dla obu stron, lecz już jest wtedy osłabioną, pobudliwość cieplna powraca dla błędnika zdrowego tylko w części przypadków. *Ruttin* objaśnia to zjawiskiem kompensacji. To samo spostrzegał *Leidler* po zniszczeniu nerwu przedsionkowego przy wejściu jego do rdzenia przedłużonego. Zdaniem jego powrót czynności błędnika zależy wyłącznie od zachowania się odpowiednich ośrodków.

Z anatomji nerwu przedsionkowego wiemy, że włókna nerwowe przebiegające ku jądrom nerwów ocznych (n. III. n. VI), jak również te, które przechodząc w fasciculus longuitudinalis posterior przeznaczone są dla górnej części rdzenia (nucl. n. accessor. spin.) krzyżują się ze sobą (*Baldenweck*, *Edinger*). Uszkodzenie w okolicy pęczka podłużnego tylnego (fasc. long. post.) powoduje zniknięcie odruchów błędnikowych po obu stronach (*Neumann* i *Fremel*).

Tą samą drogą może podrażnienie np. prawego błędnika wywołać zmianę napięcia centralnej części łuku odruchowego po stronie lewej i odwrotnie. Dowodem słuszności tych przypuszczeń jest fakt, spostrzegany przeze mnie wiele razy, że wykonanie u badanego próby galwanicznej zwiększa pobudliwość cieplną błędnika. W szeregu tych doświadczeń wyniki były niepewne, gdyż wprowadzaliśmy do 8-10 *MA* i w ten sposób wywoływaliśmy burzliwy odruch galwaniczny, co maskowało nam późniejszy odruch cieplny. Wobec tego za-

częliśmy używać słabszych podrażnień galwanicznych (do 3-4 *MA*), stosując metodę badania dwubiegunowego. Najpierw określaliśmy rozpiętość odruchu cieplnego naprz. dla prawego ucha. Po upływie 20 — 30 minut wykonywaliśmy próbę galwaniczną, umieszczając po prawej stronie raz katodę, raz anodę. Po upływie 2 minut od zniknięcia odruchu galwanicznego przepłókiwaliśmy prawe ucho tą samą co poprzednio ilością wody o tej samej t^0. O ile pierwsze badania wykonane były z zimną wodą, następnego dnia powtarzaliśmy badania, używając gorącej wody. Wykonaliśmy w ten sposób 61 badań. Okazało się, że 51 razy pobudliwość cieplna wzrastała pod wpływem podrażnienia prądem galwanicznym, niezależnie od tego, czy ustawialiśmy katodę po prawej czy po lewej stronie, jak również, jakiej wody używaliśmy do płókania—zimnej czy gorącej. W 9 badaniach pobudliwosć cieplna pozostała bez zmian, w jednem nieco się zmniejszyła.

Z tych badań możemy wnosić, że słaby prąd galwaniczny niezależnie od kierunku swego przebiegu zmienia stan napięcia narządów równowagi, uczulając je na bodźce termiczne, jednakowo dla ogrzewania jak też i dla oziębiania. Fakty te zdają się również przemawiać na korzyść tego, że uczulenie błędnika po obu stronach, jakie spostrzegaliśmy po przepłókiwaniu ucha jednej strony, nie należy objaśniać wyłącznie wpływami zaburzeń w systemie naczynioruchowym, lecz raczej zmianami napięcia w centralnej części łuku odruchowego, odbijającemi się na obu narządach statycznych jednocześnie dzięki skrzyżowaniu tych dróg w mózgu.

WNIOSKI:

1. Próba cieplna dając nam w praktyce możność badania każdego błędnika z osobna, faktycznie zmienia stan napięcia narządu równowagi obustronnie.

2. W zjawisku tem zdają się odgrywać główną rolę warunki anatomiczne — skrzyżowania włókien nerwowych przechodzących w pęczku podłużnym tylnym, dzięki czemu podrażnienie łuku odruchowego jednej strony przenosi się na drugą.

3. Wpływ podrażnień błędnika jednej strony na stan pobudliwości cieplnej strony przeciwnej drogą zaburzeń, powstałych w systemie naczynioruchowym, jest, naszem zdaniem, nieudowodniony; raczej fakty, spostrzegane przez nas, przemawiają przeciwko takiemu przypuszczeniu.

4. Spostrzeżenia nasze wnoszą do charakterystyki odruchu cieplnego pewną drobną ale nową cechę.

Uproszczona metoda ilościowego oraz jakościowego badania słuchu.

Podał Dr. L. ZAMENHOF.

Dotychczasowe metody badania słuchu wciąż jeszcze zdradzają pewną chaotyczność i brak jednolitego systemu. Zwłaszcza wybitnie występują te braki przy określaniu ilościowego stanu słuchu. Ze wszystkich prób ilościowych, stosowanych dziś w praktyce, najwięcej rozpowszechniona jest, jak wiadomo, próba na odległość. Choć teoretycznie zdaje się ona być najwłaściwsza, w praktyce nie wytrzymuje często krytyki. O ile dotyczy tonów pojedyńczych, już *Bezold* zwrócił uwagę na olbrzymią różnicę, jaka zachodzi przy badaniu niskich i wysokich tonów. Kiedy cała dolna oktawa pomimo swej siły słyszalna jest na odległość niewielu centymetrów, wyższe tony, jak naprzykład, G^2 daje się słyszeć nieraz nawet na odległości 200 metrów. Niezależnie od tego znane jest zjawisko, że kamertony często bliżej ucha są gorzej słyszalne niż z pewnej odległości. *Adlerton*, badając w swoim czasie reakcję na kamertony w chorobach ucha środkowego, stwierdził niejednokrotnie, że C^1 bywa nieraz lepiej słyszalne przez chore ucho niż przez zdrowe.

Badanie za pomocą zegarka czy też słuchomierza Politzera również często daje wyniki sprzeczne zależne w dużej mierze od budowy przewodu usznego. Badanie ostrości słuchu za pomocą szeptu lub głośnej mowy, mające pewną wartość orjentacyjną, jako metoda kliniczna grzeszy dużym brakiem ścisłości, gdyż zależna jest od całego szeregu warunków przypadkowych, jak sposobu wydobywania głosu, ustawienia ucha chorego oraz zdolności orjentowania się pacjenta, który nieraz z kilku dźwięków domyśla się całego wyrazu.

Wychodząc z powyższych zastrzeżeń, należy uznać, że odległość jako miernik ilościowego badania słuchu nie nadaje się do ściślejszych badań klinicznych. To też już *Bezold* radził oprzeć badanie ilościowe na innym czynniku, mianowicie, na czasie, w ciągu którego badany ton jest słyszalny przez ucho, czyli na długości percepcji słuchowej.

Czynnik ten wykorzystał *Hartman* dla swej metody ilościowej, która, jak wiadomo, polega na określeniu trwania percepcji słuchowej w uchu chorem na kamertony od C do C^5. Liczby otrzymane

w sekundach dzieli *Hartman* przez stały mianownik, odpowiadający percepcji ucha normalnego i rezultat przenosi na odpowiednią skalę, która uwidacznia stosunek długości percepcji ucha chorego do zdrowego. *Hartman* obok przewodnictwa powietrznego badał również tą drogą porównawczo przewodnictwo kostne i na mocy zestawień obu tych wyników wnioskował nietylko o ilościowych lecz i jakościowych zmianach w uchu.

Metoda *Hartmana* ma jednak pewne zasadnicze braki. Popierwsze kamertony niezawsze bywają uderzone jednakowo, podrugie już mała różnica w ustawieniu ich w stosunku do ucha chorego może dać wyniki wybitnie odmienne Nieścisłość obliczeń *Hartmana* powiększa fakt, że, jak już wspomniałem, dzieli on przez stały mianownik, przyjęty z góry dla każdego tonu oddzielnie.

Gradenigo zaproponował modyfikację metody H., polegającą na obliczeniu nie czasu percepcji chorego ucha w stosunku do zdrowego, lecz różnicy czasu, w ciągu którego zdrowe ucho słyszy dłużej niż chore.

Metoda *Gradeniga* wprawdzie usuwa do pewnego stopnia niektóre braki metody *Hartmana,* nie daje jednak odsetkowego stosunku porównawczego, po drugie ucho chorego i badacza znajdują się w warunkach niejednakowych, gdyż chory słyszy pierwszą fazę drgań— mocniejszą, badacz zaś drugą — słabszą.

Adlerton w swoim czasie zaproponował jako najprostszy system badanie wyłącznie percepcji ucha chorego, nie wchodząc bynajmniej w zestawienie porównawcze z uchem zdrowem, jak to czynili *Hartman* i *Gradenigo.*

Z zestawienia tych wszystkich metod najcelowszą jednak wydaje się metoda *Hartmana.* Braki jej zdaniem mojem dadzą się usunąć drogą pewnej modyfikacji sposobu badania.

Wychodząc z założenia, że główny brak metody *Hartmana* polega na tem, że chore i zdrowe kontrolujące ucho nie są badane w jednakowych warunkach, zacząłem szukać drogi wyrównania tej różnicy i po wielu próbach zatrzymałem się na badaniu za pośrednictwem zwyczajnego dwuramiennego stetoskopu, którego jeden koniec wprowadzam do ucha chorego, drugi do własnego. Aby przyrząd ten działał możliwie ściśle, nadałem ramionom jego budowę identyczną z twardej trudno zginającej się gumy, zakończonej z obu stron jednakowemi dousznikami. Najodpowiedniejsza długość ramion okazała się 30 cm. Oto szkic tego otoskopu.



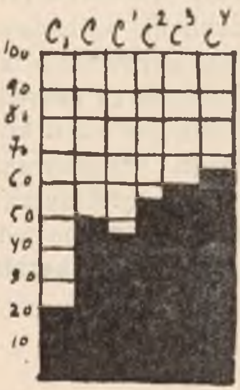
A

Badanie odbywa się w ten sposób, że trzymając lej A w lewej ręce, prawą przystawiamy brzęczący kamerton do jego otworu i dokładnie obliczamy czas trwania percepcji ze strony ucha chorego, a następnie chwilę wygaśnięcia tonu we własnem uchu. Pierwszą liczbę dzielimy przez drugą i otrzymujemy w ten sposób stosunek percepcji chorego ucha do zdrowego. Percepcję badamy od C_1 (64) do C_4 i ułamki otrzymane w stosunku do każdego z tych tonów przenosimy na odpowiednią skalę, poprzednio dla lepszej orjentacji doprowadzając je wszystkie do wspólnego mianownika 100.

Przy pomocy tego prostego przyrządu otrzymujemy możność badania ucha chorego i kontrolującego w możliwie identycznych warunkach, niezależnie ani od ustawienia kamertonu w stosunku do ucha ani od jego siły uderzenia, gdyż za każdym razem badamy długość percepcji w warunkach jednakowych.

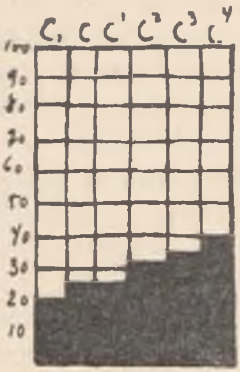
Badania, które prowadzę tą drogą od dłuższego czasu, dały mi bardzo ciekawe i pouczające wyniki, które przekonały mnie, że metoda ta, jako bardzo niezłożona, nadaje się znakomicie do uproszczonego i jednolitego badania słuchu.

Zanim ogłoszę szczegółowe dane o spostrzeżeniach klinicznych, dokonanych przezemnie tą drogą, przytoczę poniżej na niektórych przykładach główne wyniki tych badań, które w ogólnych zarysach zilustrują wartość tej metody pod względem rozpoznawczym.



Otitis media purulenta acuta (8-y dzień t⁰ normalna).

C_1 w ułamku wypadło			$1/5$	=	$20/100$
C	„	„	„ $40/80$	=	$50/100$
C^1	„	„	„ $45/100$	=	$45/100$
C^2	„	„	„ $50/90$	=	$55/100$
C^3	„	„	„ $25/40$	=	$60/100$
C^4	„	„	„ $20/30$	=	$66/100$



Otitis media purulenta acuta (5 tydzień, duże ropienie).

C_1 w ułamku wypadło $^{3}/_{15} = {}^{20}/_{100}$

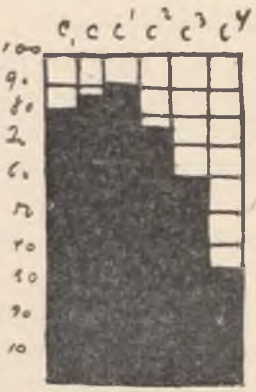
C „ „ „ $^{20}/_{80} = {}^{25}/_{100}$

C^1 „ „ „ $^{25}/_{100} = {}^{25}/_{100}$

C^2 „ „ „ $^{25}/_{85} = {}^{31}/_{100}$

C^3 „ „ „ $^{14}/_{40} = {}^{35}/_{100}$

C^4 „ „ „ $^{13}/_{33} = {}^{40}/_{100}$



Neurilis acustica traumatica.

C_1 — $^{12}/_{15} = {}^{80}/_{100}$

C — $^{70}/_{80} = {}^{85}/_{100}$

C^1 — $^{90}/_{100} = {}^{90}/_{100}$

C^2 — $^{70}/_{90} = {}^{75}/_{100}$

C^3 — $^{25}/_{40} = {}^{60}/_{100}$

C^4 — $^{8}/_{29} = {}^{32}/_{100}$

Powyższe przykłady jako charakterystyczne ilustrują dostatecznie praktyczną wartość wspomnianej metody nietylko w kierunku ilościowego badania słuchu lecz również jakościowego. Jako system jednolity, prosty nadaje się znakomicie do każdego badania słuchu.

Czy daje on te same wyniki co metody dotychczasowe? W zwykłych nieskomplikowanych przypadkach tak, w innych rzadszych pod względem klinicznym daje on nieraz wyniki wybitnie różne i to stanowi jego wartość rozpoznawczą.

Przytoczę dla przykładu dwa następujące przypadki:

I. Pacjent lat 62, ma w prawym przewodzie usznym nowotwór o twardej konsystencji zasłaniający całą błonę bębenkową, dający się obejść zgłębnikiem tylko w dolnej i przedniej części. Słuch bardzo obniżony, szeptu nie rozróżnia, kamertonów C_1 i C nie słyszy zupełnie, C_2 i C_3 krótko. Lewe ucho: przewlekłe ropienie, słyszy

wszystkie kamertony, odróżnia dobrze szept. Na podstawie tego obrazu klinicznego należało przypuszczać głębszą sprawę w prawem uchu. Badając to ucho przy pomocy dwuramiennego stetoskopu, otrzymałem reakcję na C = $^{30}/_{80}$ na C_2 $^{40}/_{90}$. Wynik ten wykluczał więc sprawę głębszą. Istotnie po usunięciu części nowotworu, który okazał się włókniakiem, słuch na mowę znacznie się poprawił.

II. Pacjentka lat 42. Otitis media purulenta dextra chronica. W środkowej części błony bębenkowej spora granulacja. Chora nie odróżnia szeptu, zegarka nie słyszy przy samem uchu. Weber w stronę chorą. Próba zapomocą stetoskopu wykazała na C_1 60/90. Po usunięciu granulacji chora zaczęła słyszeć szept i zegarek przy uchu.

Wybitną wartość kliniczną ma omawiana metoda przy stwierdzaniu początkowych okresów choroby, kiedy chory sam jeszcze dokładnie nie orjentuje się w stanie swego cierpienia, a dotychczasowe metody kliniczne nie stwierdzają wyraźnych zmian.

Materjał, którym dotychczas rozporządzam, nie pozwala mi wyprowadzić ostatecznych wniosków, na podstawie jednak kilku obserwowanych przezemnie przypadków mogę wyrazić przypuszczenie, że metoda ta będzie posiadała dużą wartość kliniczną przy wskazaniach do trepanacji.

Wnioski, które dzisiaj mogę wyprowadzić na podstawie dokonanych przezemnie badań są następujące.

1. Ze wszystkich metod dotychczasowych badania ilościowego słuchu za najwłaściwszą należy uważać metodę percepcji słuchowej.

2. Najlepszym sposobem określenia tej percepcji jest synchroniczne badanie ucha chorego i kontrolującego zapomocą dwuramiennego otoskopu.

3. Badanie typowe winno być przeprowadzone na kamertony od C_1 do C_4. Przy badaniu skróconem, zwłaszcza powtórnem, można posługiwać się dwoma kamertonami C dla niższej skali i C_4 dla wyższej.

4. Badanie należy przeprowadzać zawsze w warunkach jednakowych po uprzedniem dokładnem oczyszczeniu ucha lub jego przedmuchaniu. Dla uniknięcia niedokładności każde badanie winno być kontrolowane powtórnie. Miarodajny jest wynik lepszy.

5. Metoda percepcji daje obraz nietylko ilościowego lecz i jakościowego stanu słuchu.

6. Odkrywa ona pole do nowych badań klinicznych, które dadzą możność szczegółowszej specyfikacji cierpień ucha.

7. Metoda percepcji słuchowej daje zwłaszcza cenne wskazówki orjentacyjne w przypadkach niejasnych jako czynnik różniczkowo-rozpoznawczy.

Wobec niewątpliwych faktów, że percepcja słuchowa ulega pewnym wahaniom nawet w warunkach normalnych, zwłaszcza w wieku starszym, w sklerozie, wskazanem jest jednoczesne badanie ucha drugiego przez wprowadzenie doń otoskopu po wygaśnięciu tonu w uchu chorem.

Wspomnienie pośmiertne, poświęcone pamięci prof. G. Alexandra

wygłoszone na posiedzeniu sekcji łódzkiej dn. 2 Maja

przez prezesa sekcji d-ra D. HELMANA.

Przed niespełna miesiącem, dn. 12 marca jak grom z jasnego nieba spadła na nas wieść o tragicznej, przedwczesnej śmierci jednego z czołowych przedstawicieli wiedzy otjatrycznej prof. *Gustawa Alexandra.*

To dobre i wzniosłe serce, które ludzkość i naukę ponad wszystko ukochało, co tysiące chorych ze szponów śmierci wyrwało i setkom tysięcy swą wiedzą, doświadczeniem ofiarnie i wiernie służyło, zostałe przeszyte 4 kulami zwyrodnialca, którego w swoim czasie swą lekarską opieką otoczyło.

Współczucia dla cierpień bliźniego posiadał zmarły prof. Alexander wiele, a działalność jego filantropijna, nacechowana szczytnemi zasadami etyki lekarskiej, powszechnie była znaną; mimo to odpłacono mu czarną niewdzięcznością i staje on dziś przed nami, jako ofiara zawodu, jako symbol lekarza-męczennika, który cały swój żywot pracy mozolnej poświęcił, by wiedzą zdobytą służyć cierpiącej ludzkości, a wzamian za to poświęcenie i ofiarność życie swoje, dla nauki naszej tak cenne, oddać musiał i to nie dobrowolnie, nie jako ofiara nauki, a ofiara potwornej niewdzięczności.

Alma mater wiedeńska okryła się żałobą po stracie jednego z najwierniejszych swych i najpracowitszych, sławy jej żądnych synów, a w żałobie swej nie jest odosobnioną, bo dzielą ją z nią wszyscy, rozsiani na kuli ziemskiej przedstawiciele tego działu medycyny, którego kolebką i świątynią był i jest Wiedeń.

Gustaw Alexander pochodził z rodziny drobnomieszczańskiej. Już od najmłodszych swych lat, gnany jakąś siłą wewnętrzną dążył do światła, do wiedzy. Ojciec jego, skromny, pracowity mistrz cechu złotniczego, pragnąc poprzec dążności ukochanego syna, pracą ciężką i mozolną, oszczędnością, posuniętą do ostatnich granic, ciułał fundusze, by umożliwić synowi studja gimnazjalne i uniwersyteckie.

Po otrzymaniu doktoratu poświęca się Alexsander karjerze anatomicznej i zostaje asystentem znakomitego wówczas anatoma Zuckerkandla. Już dość wcześnie budzi się w Alexandrze zainteresowanie do wiedzy otjatrycznej, która przedstawiała wówczas szerokie pole do badań histologicznych, anatomo-patologicznych i fizjologicznych i by poświęcić się tej gałęzi wiedzy wstępuje on w liczne już wówczas szeregi uczni Politzera. Już w pierwszych latach swojej pracy laboratoryjnej zdobywa sobie Alexander uznanie świata naukowego przez poważne, oparte na gruntownych studjach anatomo-histologicznych prace i śmiałe, odważne głębokie ujęcie problemów.

Po śmierci znakomitego otjatry prof. Urbantschitscha Senat Akademicki, jako godnego następcę zamianował na stanowisko kierownika polikliniki usznej Alexandra i pozostaje on na tem stanowisku od r. 1907 do dnia, gdy poraz ostatni przed miesiącem o południowej porze opuścił ten ulubiony swój warsztat pracy, w którym spędził wiele lat swego życia, a do którego nie sądzonem mu już było powrócić.

Z prof. Alexandrem schodzi ze świata mąż wielkich dla nauki naszej zasług, godny uczeń Politzera, spadkobierca bogatej spuścizny naukowej, którą chronił sumiennie, ze czcią pielęgnował i własnym dorobkiem naukowym, opartym na nowoczesnych badaniach wzbogacił. Należy on do szeregu tych, którym dzisiejsza nasza bogata wiedza otjatryczna zawdzięcza swój renesans. Ulubionym przedmiotem jego badań była kliniczna anatomja histologiczna organu słuchowego.

Trudno zaiste byłoby w dzisiejszym moim przemówieniu przedstawić wyczerpującą historję wielostronnej działalności zmarłego, bo zdziałał on zbyt wiele tak w kierunku pedagogicznym, jak i naukowo-literackim i społecznym, by choć pobieżnie owoce tej pracy wyliczyć.

Jako pedagog cieszył się Alexander szerokiem i zasłużonem uznaniem. Jego żywy, jasny, pełen entuzjazmu wykład, w którym przejawiała się gruntowna i dokładna znajomość rzeczy i bogate doświadczenie zjednywał mu setki coraz to nowych słuchaczy, którzy zjeżdżali się ze wszystkich krańców świata, a zwłaszcza z odległej

Ameryki, by czerpać z tej krynicy wiedzy i widzieć mistrza przy pracy. Nie oryginalność, błyskotliwość cechowała te wykłady, lecz głębokość, gruntowność i powaga.

Może zamało nieco dbał Alexander o zewnętrzną stronę swej polikliniki i swego laboratorjum w podziemiu umieszczonego, ale w tej piwnicznej laboratoryjnej ciszy czuło się, że jest to kuźnia prawdziwej wiedzy, że z tej rzekomej ciemni, przepełnionej zakurzonymi słojami i preparatami bije światło i rozprasza coraz więcej istniejące jeszcze naówczas w nauce otjatrycznej mroki. Lubił Alexander szczycić się swoimi zbiorami i tysiącem preparatów histologicznych.

Słusznie też cieszył się zmarły sławą śmiałego, odważnego i zręcznego oto-chirurga, nie wahającego się zagłębiać swe dłóto do niedostępnych zaułków błędnika, wykazując przytem nadzwyczajną technikę i zmysł orjentacyjny.

Stanąłbym wobec niezmiernie trudnego zadania, gdybym miał tu wyliczyć dorobek naukowo-literacki prof. Alexandra. Uczyni to niewątpliwie bardziej godne tej spuścizny pióro. Zaznaczyć tylko muszę, że imponuje ono swoim ogromem i przebogatą treścią. Że wyliczę chociażby niektóre prace: „Uber latente Otitis“, „Uber neurotischen Labiryntschwindel“, „Die Kriegsneurosen u. Kriegskrankheiten des Gehörorgans“, cały szereg prac anatomo-histologicznych o zmianach w błędniku u głuchoniemych, wreszcie monumentalne dzieło w 4 tomach, opracowane wspólnie z prof. Marburgiem i d-rem Brunnerem „Die Neurologie des Ohres“, zaiste godnie wieńczące płodny naukowy żywot uczonego otjatry. Gdy przed 9 laty obchodził 50-lecie swych urodzin, redakcja miesięcznika, którego współredaktorem był przez cały szereg lat Alexander, wydała specjalny numer dla uczczenia jego działalności naukowej. Był też Alexander od dłuższego już czasu dyrektorem instytutu dla głuchoniemych i nieszczęśliwym tym istotom dużo czasu i serca poświęcał, a nauka nasza zawdzięcza mu cały szereg prac, rzucających światło na ciemną dotychczas histopatologję organu słuchowego u głuchoniemych.

Na zjazdach międzynarodowych referaty prof. Alexandra budziły zawsze wielkie zainteresowanie i stawały się przedmiotem ożywionych dyskusyj, w której udział brały największe powagi świata otjatrycznego. Cały szereg korporacji naukowych zamianował Alexandra swym członkiem honorowym.

Żywot pracowity, dobroć serca, słoneczna pogoda umysłu, głęboka wszechstronna wiedza złożyły się na harmonijną całość i stworzyły indywidualność, która wywierała wpływ dodatni na otaczające

go stale liczne zastępy słuchaczy. Posiadał też Alexander poczucie prawdziwego piękna i sztuki i był przez muzy obdarowany. Zaciszne jego mieszkanie przepełnione było cennemi i pięknemi zbiorami z rozmaitych dziedzin sztuki i ozdobione obrazami wybitnych malarzy, śród których dzieła malarzy polskich były szczególnie respektowane przez ich posiadacza. Umiał on w swojem pogodnem domowem ognisku, opromienionem miłością uwielbiających go żony i dzieci, roztoczyć cały czar swej indywidualności i wewnętrznej kultury, a po żmudnej pracy laboratoryjnej i klinicznej nie było dlań większej rozkoszy, jak zasiąść w otoczeniu rodziny i przyjaciół do fortepianu, przy którym spędzać lubił godziny całe i w tej godnej rozrywce, w atmosferze piękna i sztuki i pogody duchowej czerpał nowe siły do dalszej pracy dla rozwoju nauki i dobra cierpiącej ludzkości.

Tę wiązankę wspomnień i refleksyj, kirem żałobnym naszych koleżeńskich uczuć spowitą, kładę dziś w imieniu otjatrów polskich i sekcji naszej na świeżą jeszcze mogiłę zmarłego, jako wyraz naszego hołdu i czci, jako dowód, że wraz z całym światem otjatrycznym tą niepowetowaną stratę z bólem wielkim odczuliśmy. Cześć pamięci uczonego lekarza i zacnego człowieka.

Tydzień Otolaryngologiczny na Sycylji.

Sprawozdanie ze zjazdu II-o Congresso d. Societa Otolaringol. latina w Catanji 28.IX—1.X i Soc. italiana di Otorhinolaringol. 1.X—4.X.31 w Messynie.

Skreślił: Prof. D-r A. LASKIEWICZ.

Genjusz rasy łacińskiej, budzący się w ostatnich dziesiątkach lat do nowego bardziej aktywnego życia, zdołał w krótkim stosunkowo czasie złączyć wszystkie narody sobie pokrewne na obu półkulach świata w jeden wielki blok łaciński, liczący dziś około 300 miljonów mieszkańców w tem przeszło 200 tysięcy lekarzy. W myśl głoszonych ideałów i zasad współpracy nad rozwojem duchowym i organizacją, wytkniętych przez swoich wielkich poprzedników a podtrzymywanych w nowszych czasach w „rivista Latinite“ przez literatów i poetów tej miary co Lionello Fiumi, Mistral i Reynaud powstają związki naukowe łacińskie, których zadaniem jest „zespolić myśli w jedno ognisko i w jedno ognisko duchy“ tych narodowości, któ-

rych łączy wspólne imię nieśmiertelnej Romy. I jeżeli w okresie tej powojennej depresji i ogólnego zamięszania związki te zdołały się utrzymać i wykazać nadal swoją żywotność, zawdzięczyć należy w pierwszym rzędzie głębokiej inicjatywie oraz niezłomnej woli ich organizatorów, przejętych wiarą, że idea przewodnia ducha narodów łacińskich musi zwyciężyć, by godnie spełnić swoje posłannictwo dziejowe. Z pośród założycieli związków naukowych lekarskich wymienić należy w pierwszym rzędzie 2-ch francuzów: D-ra *Dattiques*, twórcę Unione medica latina, której walne zebranie odbyło się ostatnio w zeszłym roku w Paryżu, oraz D-ra *F. Chavannea* z Lyonu, założyciela Soc. Otolaryngologica latina na początku roku 1929.

Nie trzeba tu szerzej rozwodzić się nad tem, z jakim zapałem przystąpiło tych siedem państw łacińskich (Francja, Włochy, Hiszpanja, Portugalja, Belgja, Rumunja i Ameryka łacińska) do pracy nad ukonstytuowaniem się pod względem pracy naukowej oraz wspólnej wymiany myśli; dość wspomnieć, że już w samem zaraniu istnienia tego T-wa odbył się I-szy kongres naukowy w Madrycie w październiku 1929 roku. Głównym tematem tego nader licznego zjazdu, pozostającego pod kierownictwem 2-ch wybitnych otolaryngologów hiszpańskich: prof. *Tapii* i *Casadesusa*, była chirurgja ucha wewnętrznego.

Z inicjatywy prezydjum tego zjazdu wyszła myśl urządzania następnych zjazdów naukowych co 2 lata w różnych krajach łacińskich, by dać możność uczestnikom poznania osobliwości i zabytków sztuki danego kraju, a równocześnie zacieśnić węzły przyjaźni z licznem gronem lekarzy praktyków i uczonych poszczególnych uniwersytetów na miejscu. II-gi z kolei kongres postanowiono urządzić we wrześniu 1931 roku na Sycylji, znanej z pięknych krajobrazów, obfitującej zarówno w bujną roślinność jako też dzieła sztuki i zabytki prastarej kultury kilku epok, złączonych tu ze sobą w jedną harmonijną całość. Wybrano uroczą Catanję a na miejsce obrad kongresu wyznaczono aulę prastarego „Syculorum Gimnasium" pierwszej „almae matris sicilianae"..., ove per i 5 secoli ha suonato la parola della scienza". Zjechało przeszło 150-ciu uczestników wyżej wymienionych państw łacińskich. Z Polski ja tylko byłem obecny.

Inauguracja rozpoczęła się uroczystem złożeniem wieńca wawrzynowego w mauzoleum dla poległych we wspaniałej pod względem architektury i malowideł „alfresco", bazylice benedyktynów. O godzinie 10-tej urządzono wspólne zebranie w auli wspomnianego uniwersytetu w obecności prefekta Sycylji exc. Spadavecchii (odznaczo-

nego krzyżem kom. Pol. Restituta), sekretarza rządu faszystowskiego władz miejskich oraz grona profesorów uniw. z rektorem *Muscatellim* na czele. Na podjum prezydjalnem zasiadło siedmiu przedstawicieli państw łacińskich, którzy wygłaszali kolejno serdeczne przemówienia powitalne w imieniu swoich towarzystw otolaryngol. Na prośbę prof. *Citelliego* musiałem przemawiać w imieniu polskiego T-wa Otolaryngol., podkreślając ową łączność duchową naszego zrzeszenia z kulturą łacińską. Po dłuższem exposé prof. *Citelliego* na temat celów i zadania Soc. Otolaryngol. latina w dobie obecnej, a w szczególności zasług rządu faszystowskiego około podniesienia pracy naukowej i wiedzy lekarskiej we Włoszech, przystąpiono do obrad. Głównym tematem była patologja jamy górnoszczękowej. Na plan pierwszy wybijały się referaty D-ra *Aubina* z Paryża i *G. Ferreriego* z Perugji.

Pierwszy mówił na temat: Anatomie pathologique des sinusites maxillaires aigues et chroniques, ilustrując swój wykład licznemi i starannie wykonanemi przeźroczami, sporządzonemi ze zdjęć drobnowidowych rzadszych schorzeń ostrych i przewlekłych błony śluzowej jamy Highmora: sinuitis maxillaris chron. c. degener. cystica et polipoides, aspergillosa et actinomycotica. Unaczynienie jamy górnoszczękowej przedstawił z nadzwyczajną dokładnością prof. *Ferreri*, wykazując na preparatach, nastrzykanych mieszaniną płynnej waseliny z minią całą siatkę naczyń tętniczych aż do ich rozgałęzień prekapillarnych, fotografowanych następnie przy pomocy prom. roentgena. Wyniki tych badań dadzą się pokrótce ująć w sposób następujący: art. maxillar. interna wykazuje w swoim końcowym przebiegu wyraźne ampułkowate zarysowujące się rozgałęzienia. Jej ramię wstępujące dość długie i łukowato przebiegające, nosi nazwę art. superoanterior. vel r. maxillo-orbitalis, który kończy się w obrębie fossa canina i recessus alveolar. anter. w postaci delikatnej siateczki końcowej Ramię zaś zstępujące biegnie równolegle do tuber maxillae na pow. górnej płytki podniebienia twardego w kierunku do fossa canina (art. posteroinfer. s. maxillo palatina). Między temi dwoma głównemi pniami biegną poprzeczne anastomozy, które w znacznej części zaopatrują diploë ścian kostnych zatoki Highmora, dając często obfite krwawienia przy oddłótowywaniu ściany twarzowej zatoki. Wspaniałe przeźrocza ze zdjęć rentgen. preparatów nastrzykanych rozgałęzień wspomnianych naczyń krwionośnych były przedmtotem ogólnego podziwu. Jako 3-ci zabrał głos *M. Bouchet* z Paryża w sprawie objawów klinicznych stanów zapalnych jamy Highmora a następnie A. de *Mendora* z Liz-

bony mówił o etjotogji tych zapaleń. Obaj prelegenci streścili w obszernym wykładzie całą patogenezę i symptomatologję powyższego cierpienia. Rzeczy zbyt dobrze znane każdemu specjaliście, by je tu szczegółowo omawiać.

Rapports anatomiques des kystes paradentaires et des sinus maxillaires przedstawił prof. *Lemaitre* z Paryża. Przypadki spostrzegane w klinice otolar. paryskiej w liczbie 89 zestawił prelegent w sposób następujący:

Cyst zębowych siecznych środk.	4	przyp.
„ „ „ bocznych	24	„
„ wychodzących z zębów trzonowych	9	„
„ „ z korzeni kłów	2	„
„ „ „ „ zęb. przedtrzon.	25	„
z zębów mądrości	1	„

Co się zaś tyczy torbieli żuchwowych w liczbie 16, to największa ilość spostrzeganych przypadków dotyczyła torbieli zębów przedtrzonowych i trzonowych w liczbie 5 ciu, zębów mądrości 3, siecznych 2, kłów 1. Torbiele sieczne boczne dają się wykazać najlepiej na drodze rentgenografji, która oddaje z całą dokładnością ogniska odwapnienia poszczególnych beleczek kostnych w tej okolicy. Leczenie—operacyjne przez wszystkie ścianki tej cysty do śluzówki jamy zachyłka wargowego górnego. Co się tyczy torbieli molarnych i premolarnych to zdarzają się one również często jak i poprzednie, wychodzą bowiem z korzeni zębów trzonowych I-go i II-go tzw. zębów „antralnych", również II-go zęba przedtrzonowego najrzadziej z zębów mądrości. Torbiele te mogą się rozwijać w 3-ch kierunkach: 1) do przedsionka nosa, 2) w kierunku podniebienia twardego i wreszcie występować jako 3) torbiele zatokowe właściwe. Cysty przedsionka nosa są stosunkowo niewielkich rozmiarów i dają się względnie łatwo wyłuszczyć. Torbiele podniebienia twardego wychodzą z korzeni tylnych zębów przedtrzonowych, rzadziej z II-go zęba trzonowego. Wyłuszcza się je najlepiej przez jamę ustną, rzadziej od strony nosa. W razie obecności torbieli w jamie górnoszczękowej błona śluzowa reaguje odczynem zapalnym o cechach ropienia przewlekłego. Torbiele około zębowe (paradentalne) prelegent usuwał doszczętnie, resztki zaś ściany wyzkrobywał ostrą łyżeczką. Tylko w przypadkach równoczesnego zapalenia jamy górnoszczękowej zachodzi potrzeba połączenia tej torbieli z jamą *Highmora* w jedną całość i leczenia następczego przepłókiwaniem środkami antyseptycznemi. Torbiele szczęki dolnej są zazwyczaj o wiele mniejsze od wyżej opisanych, mają kształt

owalny i dają częściej ubytki w kości żuchwy i to zarówno na zewnątrz w postaci przetok do przedsionka jamy ustnej (80%) jakoteż na wewnętrznej jej powierzchni, zwróconej ku językowi. W okolicy podbródka są torbiele korzeni zębowych niejednokrotnie przyczyną stanów zapalnych kości (osteitis) z tworzeniem się przetok na zewnątrz.

Leczenie operacyjne drogą przez zachyłek wargowy jest najdogodniejsze gdyż nie jest połączone z silniejszem krwawieniem ani też z zakażeniem dna jamy ustnej jak przy metodzie podjęzykowej. W zwięzły i nader treściwy sposób przedstawił *P. Jacques* z Nancy zagadnienie dotyczące „antrites associées" et „antrites combinées", wychodząc z założenia że teoretycznie nie istnieje zajęcie jednej tylko jamy bocznej nosa: „la monosinusite n'existe que théoriquement". Ropienie jamy *Highmora* jednostronne, spowodowane np. przebiciem ściany twarzowej przez pocisk może być przyczyną ciężkich i długotrwałych stanów zapalnych błony śluzowej nosa. Częściej natomiast zdarza się przejście ostrych stanów zapalnych błony śluzowej nosa na tle nieżytu grypowego, zapalenia płuc, dyfterji i t. p. zakażenia strepto-stafilokokowego na zatokę górnoszczękową, kom. sitowe i jamę klinową podobnie jako ostry nieżyt jamy nosowogardłowej łatwo przejść może na trąbkę *Eustachiusza* i ucho środkowe. Szerzenie się zaś infekcji przez ścianki sąsiadujących ze sobą komórek sitowych lub jam bocznych nosa dokonywuje się częściowo przez obumarcie tych ścian, częściej natomiast przez zakażone skrzepy naczyń żylnych, komunikujących z błoną śluzową tych jam. Rzadziej zdarza się w przypadkach przewlekłego zapalenia jamy górnoszczękowej szerzenie się infekcji od góry t. j. od zatoki czołowej, dotkniętej stanem zapalnym. Jednym z czynników sprzyjających powstawaniu tych antrites associées są skazy ustrojowe, zaburzenia przemiany materji (cukrzyca, stan limfatyczno-wysiękowy) a w dalszym ciągu wrodzona kiła oraz zmniejszona odporność miejscowa śluzówki jamy górnoszczękowej wskutek zaburzeń neurotroficznych lub vasomotorycznych.

Leczenie stosował autor przeważnie operacyjne. Przez antrites combinées rozumie autor zajęcie jednej z jam bocznych I go lub II go rzędu na tle nieżytowym lub ropnym przy równoczesnem wyraźnem zaćmieniu rentgenologicznem i djafanoskopowem jamy górnoszczękowej. Spotyka się więc często w tych wypadkach wypływ ropy z jednej połowy nosa obok wypełnienia przewodu średniego całą masą polipów i ziarniny o zabarwieniu szaroróżowawem po drugiej stronie. Jest to połączenie ropnego zapalenia jamy górnoszczękowej

po jednej stronie z zapaleniem nieżytowem tejże jamy po stronie przeciwnej. Tłumaczy się to tem, że to samo zakażenie (najczęściej prątkiem grypowym lub pneumokokiem) natrafia w obu jamach na odmienne zmiany anatomo-patologiczne śluzówki, wpływające w różnym stopniu na wzmożenie względnie osłabienie wirulencji tegoż prątka. Nie jest też wykluczone, że odgrywają tu pewną rolę zaburzenia naczynioruchowe nerwów współczulnych naczyń krwionosnych śluzówki danej jamy bocznej (ethmoidites oedemateuses bilater). Wspomnieć też tu należy, że kiła dziedziczna względnie nerwica astmatyczna przyczyniają się również do powstawania antrites combinees.

(Dok. nastąpi).

II Międzynarodowy Kongres Otoryno-Laryngologiczny w Madrycie.

Podał Prof. J. SZMURŁO (Wilno).

Na I-ym Międzynarodowym Kongresie Oto-laryngologicznym w Kopenhadze w roku 1932 Komitet Stały Kongresu przyjął zaproszenie przedstawiciela Hiszpanji na przyszły kongres do Madrytu i powierzył jego organizację prof. *Tapii* z Madrytu, powołując go na przewodniczącego Komitetu II-go Kongresu Międzynarodowego. Prof. *Tapia* propozycję Komitetu Stałego przyjął i przystąpił do organizacji prac związanych z Kongresem. W końcu roku ubiegłego członkowie Komitetu Stałego, a w ich liczbie i niżej podpisany otrzymali zawiadomienie, że Kongres odbędzie się w ostatnich dniach września, przyczem oznaczony został ścisły termin kongresu na dni 27, 28, 29 i 30 Września. Do przywilejów przewodniczącego Kongresu należy jak wiadomo wyznaczenie głównych tematów. W tym wypadku wszakże przywilej ten został do pewnego stopnia ograniczony, ponieważ uchwały poprzedniego Kongresu głosiły, że ze względu na doniosłość zagadnienia o twardzieli, ozenie i otosklerozie tematy główne powinny objąć te cierpienia. Co więcej Komitet Stały wyznaczył zawczasu Prof. *Belinoffa* z Sofii, Prof. *Costiniu* z Bukaresztu i Dr. *Duela* z New Jorku, z których pierwszy miał zająć się zorganizowaniem pracy w kierunku należytego opracowania zagadnienia o *twardzieli*, drugi zagadnienia o *ozenie*, trzeci zagadnienia o *otosklerozie*. Prof. *Belinoff* niezwłocznie przystąpił do pracy organizacyjnej, zwracając

się do uczonych, którzy najwięcej nad zagadnieniem twardzieli pracowali i z prac swych na kongresach i w literaturze poznać się dali; z Włoch więc zaprosił Prof. *Lasagnę* z Parmy, ze Szwajcarji Prof. *Barraud* z Lozanny, z Niemiec Prof. *Hinsberga* z Wrocławia, z Węgier Prof. *Neubera* z Debreczyna, z Jugosławji Prof. *Sercera* z Zagrebu, z Czechosłowacji Prof. *Wiskowskyego* z Bratysławy, z Rosji Prof. *Buraka* z Mińska, z Polski wreszcie niżej podpisanego z Wilna i Prof. *Zalewskiego* ze Lwowa. Wytworzył się w ten sposób komitet międzynarodowy do opracowania wszechstronnego sprawy twardzieli na przyszłym Kongresie. Wskutek różnorodnych przyczyn Komitet ulegał zmianom, ostatecznie zaś podjęli się pracy i przygotowali na Kongres szczegółowe referaty zatwierdzeni przez Prof. *Tapię* następujący referenci: *Hajek* — Historję twardzieli, *Streit* — etjologję twardzieli, *Szmurło*—anatomję patologiczną twardzieli, *Sercer*—patologję eksperymentalną twardzieli, *Puczkowskij*—wojna a twardziel, *Lasagna* — bakterjologję twardzieli, *Neuber* — odczyny serologiczne i allergiczne twardzieli, *Barraud* — prawodawstwo międzynarodowe twardzieli, *Burak* — klinikę i leczenie twardzieli, *Belinoff* — epidemjologję twardzieli.

Drugim tematem głównym, wysuniętym przez Kongres w Kopenhadze była sprawa *ozeny*. Troskę nad wszechstronnem opracowaniem tego zagadnienia powierzono wnioskodawcy, Prof. *Costiniu* z Bukaresztu, który po porozumieniu z Prof. *Tapia* zorganizował prace nad ozeną w sposób następujący: *Costiniu* z Bukaresztu i *Leroux Robert* z Paryża — etjologja, patologja i bakterjologja ozeny, *Vigo Schmidt* z Kopenhagi — leczenie środkami lekarskiemi ozeny, *Lautenschläger* z Berlina — operacyjne leczenie ozeny, *Torrini* z Florencji — anatomja patologiczna ozeny, *Trimarchi* z Turynu — bakterjologja i patologja doświadczalna ozeny.

D-r *Duel* zorganizował prace nad zagadnieniem *otosklerozy* w ten sposób, że po porozumieniu z Prof. *Tapia* powołał do współpracy Dr. *Otto Mayera* z Wiednia, Dr. *I. S. Frasera* z Edynburga i Dr. *Gordon Wilsona* z Chicago. *O. Mayer* — przygotował referat p. t. Anatomja patologiczna otosklerozy, *I. S. Fraser* — Klinika otosklerozy a *Gordon Wilson* — Przegląd niektórych prac podjętych w Ameryce nad otosklerozą.

Oprócz tych trzech tematów Prof. *Tapia* wybrał jeszcze dwa następujące tematy: *Naświetlania głębokie* i *bronchoskopja* wraz z *ezofagoskopją* i do opracowania ich zaprosił: *Hautanta* i *Lemaitre'a* z Paryża, *Ledoux* i *Sluysa* z Brukseli — do pierwszego tematu

i *Chevalier Jacksona* z Filadelfji oraz *V. Eyckena* z Berlina — do drugiego. Tytuły pojedyńczych referatów ostatecznie tych dwuch tematów brzmiały tak:

Naświetlania głębokie: *Hautant* i *Monod* — Nabłonkowce sitowooczodołowe, ich leczenie, połączeniem zabiegów chirurgicznych z naświetlaniami radem. *Ledoux* i *Sluys* — Technika użycia radu i promieni X. *Lemaitre* — Leczenie raków migdałka.

Bronchoskopja i ezofagoskopja: *Chevalier Jackson* — Leczenie endoskopowe ropień tchawiczooskrzelowych, *Eycken* — Leczenie endoskopowe uszkodzeń przełyku ciałami obcemi.

Oprócz powyższych referatów głównych był szereg komunikatów, zbliżonych do pierwszych oraz długi szereg referatów luźnych.

Tak się przedstawiał naukowy bagaż kongresu. Jak widać, wszystkie tematy poruszały zagadnienia palące z dziedziny naszej specjalności i były opracowane przez znawców przedmiotu. W ten sposób Prof. *Tapia* uczynił to co najważniejsze, ażeby zachęcić wszystkich otolaryngologów do wzięcia udziału w Kongresie.

Na początku roku bieżącego, kiedy kryzys ekonomiczny począł się powszechnie bardzo dotkliwie odczuwać, niektórzy członkowie Komitetu Stałego (Prof. *Belinoff* z Sofii, Prof. *Neumann* z Wiednia) zwrócili się do Prof. *Tapia* z propozycją, czyby nie należało z powyższego względu odłożyć Kongresu do roku przyszłego. *Tapia* nie chciał brać na siebie decyzji w tej sprawie i, pomimo że już porobione były znaczne przygotowania do Kongresu, lojalnie zwrócił się do wszystkich członków Komitetu Stałego z prośbą o szybką odpowiedź, czy w istocie należy Kongres odłożyć i, jeżeli odpowiedź będzie potwierdzającą, o wskazanie przyszłego terminu. Podzielając zdanie *Belinoffa* i *Neumanna*, niezwłocznie odpowiedziałem twierdząco żądając odłożenia Kongresu na jesień roku przyszłego. W kilka tygodni jednak otrzymałem z Madrytu zawiadomienie, że większość członków Komitetu stałego wypowiedziała się za nieodkładaniem. Przedtem już wiedziałem, że mój towarzysz z Polski, Dr. *Lubliner*, dał również odpowiedź przeczącą. Mając już temat swój opracowany i przesłany do Komitetu Organizacyjnego, musiałem rozpocząć przygotowania wstępne do wyjazdu zwracając się do Rady Wydziałowej o wyjednanie mi ulgowego paszportu oraz do Ministerstwa W. R. i O. P. o udzielenie mi zasiłku na tę daleką i uciążliwą, chociaż wielce ciekawą podróż. Okazało się, że sprawa paszportu przedstawia się dość zawile, że pozwolenia na paszport ulgowy udziela dopiero Ministerstwo Skarbu. Szczęśliwie jednak wszystkie

trudności przebyłem, otrzymałem od Rady Wydziałowej upoważnienie do reprezentowania na Kongresie Wydziału Lekarskiego, a od J. M. Rektora — Uniwersytetu S. B. W końcu sierpnia otrzymałem z Ministerstwa W. R. i O. P. zawiadomienie, że jestem delegowany przez Ministerstwo na Kongres i że otrzymuję zasiłek na ten cel, jednocześnie otrzymałem z Ministerstwa Skarbu upoważnienie do otrzymania paszportu ulgowego. Z otrzymanego wówczas pierwszego komunikatu Kongresowego dowiedziałem się, że władze hiszpańskie zwróciły się do wszystkich państw o mianowanie delegatów urzędowych na Kongres i znalazłem tam już wydrukowane nazwisko własne jako delegata Polski obok delegata z Japońji i z Rumuńji.

Po otrzymaniu paszportu wyruszyłem 22-go września w podróż, zatrzymując się na dobę w Warszawie dla wyrobienia sobie wiz i tu nawiasem wtrącę ostrzeżenie dla tych, co jadąc np. przez jakiś kraj tranzytem do celu podróży muszą przejeżdżać przez jego granice po dwa razy tam i powrotem, że powinni mieć dwie wizy tego kraju. W przeciwnym razie spotka ich przykrość dłuższej dość ożywionej rozmowy z nadgranicznem biurem policyjnem tego kraju w drodze powrotnej i niebezpieczeństwo spóźnienia się na odchodzący z pogranicznej stacji pociąg, co mnie omal nie spotkało na pogranicznej z Hiszpańją stacji Henday. Trzeba również uważać na termin powrotu wyznaczany przez konsulaty. Tak np. konsulat niemiecki wyznaczył na mojej wizie termin przejazdu powrotnego przez granicę niemiecką na 30-y września, kiedy dzień ten był dopiero końcowym dniem Kongresu. Radzę przytem załatwiać wszystkie wizy osobiście, bo posłańcy biura Cooka albo Orbisu mogą czasami narazić na podobne niespodzianki.

Do granicy hiszpańskiej zbliżyłem się rano w poniedziałek 26 września. Ranek zapowiadał się pięknie, niebo było pogodne. Poczynając od Biaritz aż do San Sebastian, jechaliśmy wzdłuż brzegów zatoki Biskajskiej, której ciemnoniebieskie wody iskrzyły się oślepiającym blaskiem w promieniach rannego słońca. W kierunku Hiszpańji ukazywały się szczyty górskie, pierwsi wysłańcy Pirenejów, a pomiędzy niemi zielone doliny. Pociąg co chwila wpadał do tunelu, albo do nowej szerokiej doliny lub do wąwozu pośród wysokich górskich krawędzi.

Na pogranicznej hiszpańskiej stacji Irun, gdzie trzeba było spędzić prawie półtorej godziny dla załatwienia formalności celnych, zaczął padać deszcz, zrobiło się chłodno, co psuło znacznie nastrój. Do tego przyczyniła się w pewnej mierze powolność, z jaką komora

celna i kasa kolejowa załatwiały pasażerów. Ruchliwi i żywi francuzi. których dość znaczna liczba znajdowała się na stacji, gniewali się i oburzali na tę powolność urzędów hiszpańskich, stanowiącą, ich zdaniem, charakterystyczną cechę urzędnika hiszpańskiego. Od Iruna do Sen Sebastian pociąg wciąż pędził w pobliżu morza, którego szare w dżdżystą pogodę fale wysuwały się od czasu do czasu zpoza kamiennej ściany gór. W San Sebastian pociąg nagle napełnił się masą publiczności, składającą się przeważnie z kobiet i dzieci, biegających, żywo gestykulujących i mówiących nadzwyczaj szybko i hałaśliwie, chociaż wesoło i przyjaźnie. Byli to, jak się okazało, przeważnie powracający z letnich wywczasów do pracy szkolnej w Madrycie uczniowie i uczenice w towarzystwie ojców i matek. Po przebyciu pasma Pirenejów pociąg przebiegał krainą szarą, monotonną, gdzieniegdzie tylko ożywioną rzadkiemi osiedlami ludzkiemi. Miejscami widać było niewielkie winnice i gdzieniegdzie pojedyńcze drzewa figowe. Kierując się na południe, przecięliśmy jeszcze kilka pasm niezbyt wysokich gór szarych i monotonnych. W odległości dwuch godzin drogi od Madrytu wjechaliśmy w krainę jakichś niesamowitych głazów i kamieni, których wielkość nieraz wydawała się wprost nadzwyczajną. Po nich zaczęły się żjawiać gdzieniegdzie laski sosnowe, Gałęzie tych drzew, zebrane wpobliżu wierzchołka, tworzą łuki, zagięte wgórę i ku środkowi, co nadaje im oryginalny wygląd olbrzymich pendzli.

Deszcz padał i noc już ciemna zapadła, kiedy pociąg przybył do Madrytu. Po wyjściu z pociągu spotkałem na dworcu przedstawiciela firmy Cook, który, dowiedziawszy się, że jestem uczestnikiem Kongresu, pomógł mi znaleść taksówkę i dostarczył mi wszelkich niezbędnych informacyj. W myśl jego wskazówek udałem się do Biura Kongresu, gdzie mi wskazano hotel w którym mam zamieszkać, oraz dostarczono wszystkich druków prac, referatów oraz zaproszeń na wszelkiego rodzaju przyjęcia, urządzane przez Rząd, prezydenta Kongresu, miasto i hiszpańskich kolegów. Kongres miał się rozpocząć jutro o godzinie 9-ej rano. Zabrawszy wszystkie papiery, powróciłem do taksówki, która odwiozła mnie do Hotelu Regina Victoria, urządzonego według współczesnych wymagań, czystego, porządnego i stosunkowo niedrogiego. Tu odpocząłem nareszcie i po raz pierwszy od kilku dni mogłem się wyspać w wygodnem łóżku. Pomimo znacznego zmęczenia obudziłem się wcześnie bo przed siódmą, kiedy w całym hotelu panował jeszcze absulutny spokój, niezwłocznie począłem się ubierać i po śniadaniu udałem się na

miasto. Pogoda była piękna, ranek nieco świeży, ale orzeźwiający przyjemnym chłodem, na ulicach panował już ruch dość ożywiony. Kierując się planem i wskazówkami przechodniów, wyszedłem na piękną ulicę, jedną z najwspanialszych, jak się później okazało, w Madrycie. Calle de Alcala, przy której znajduje się Pałac Sztuk Pięknych, będący siedzibą naszego kongresu. Po krótkiej przechadzce znalazłem się w przedsionku Pałacu. Panował tam już dość znaczny ruch, słychać było pogwar wielu języków, pośród których przeważał język hiszpański; słychać było również często język francuski i włoski.

O godz. 9-ej min. 30 wszyscy skierowali się do sali posiedzeń. W imieniu Prezydjum Kongresu zabrał głos Prof. *Tapia*, zaznajamiając przybyłych z podjętemi pracami przygotowawczemi, usprawiedliwiając się jednocześnie, dlaczego wszystkie główne referaty nie zostały wcześniej rozesłane członkom Kongresu, ale dopiero w Madrycie zostały im doręczone. Opóźnienie zostało spowodowane nie dostarczeniem na czas referatów; wielu referentów nadesłało swe prace dopiero zaledwie na kilka tygodni przed rozpoczęciem Kongresu. Omówiono porządek dyskusji, postanowiono obrady Kongresu prowadzić w jednej sali, ażeby dać możność wszystkim członkom uczestniczyć w posiedzeniach przyczem zgodzono się na uznanie języka hiszpańskiego za piąty urzędowy język zjazdu. Prof. *Tapia* zawiadomił, że obecne posiedzenie należy uważać za wstępne, informacyjne, że uroczyste otwarcie Kongresu odbędzie się o godz. 11-ej zrana, przez Prezydenta Respubliki w tej samej sali, że po powitalnem przemówieniu w języku francuskim Przewodniczącego Komitetu, a potem Sekretarza zabiorą głos przedstawiciele urzędowi, poczem Prezydent Zamorra przemówi do zebranych; ponieważ wszakże Prezydent ma czas bardzo ograniczony i cała uroczystość ma trwać nie dłużej niż godzinę, przeto pożądanem byłoby, ażeby liczba przemówień urzędowych była jak najmniejsza. Najlepiej byłoby, gdyby delegaci na Kongres wybrali jednego mówcę, któryby powitał w ich imieniu Prezydenta. Obecni uznali słuszność uwag Prof. *Tapii* i na generalnego mówcę został wybrany Prof. *Chevalier Jackson* z Filadelfji, poczem posiedzenie zostało odroczone do godz. 11-ej. Punkt o 11-ej przybył Prezydent Respubliki Hiszpańskiej *N. Alcala Zamorra* w otoczeniu licznej świty i w towarzystwie Ministra Spraw Wewnętrznych. Po urzędowem złożeniu sprawozdania przez Prof. *Tapia* i Sekretarza Kongresu D-ra *Fumagallo*, zabrał głos *Chevalier Jackson*, witając w krótkiem po angielsku wygłoszonem przemówieniu, Prezydenta Respubliki. Z kolei przemówił Prezydent *Zamorra*, który w pięknej co do formy i treści

mowie, wygłoszonej po hiszpańsku, zwrócił uwagę, że po przemówieniach w językach o znaczeniu międzynarodowem jak język francuski, będący językiem dyplomacji, i język angielski, który rozlega się na wszystkich morzach i oceanach, on przemawia w języku hiszpańskim, rozlegającym się na wielu lądach, języku bogatym we wspaniałe dzieła i mającym również prawa, ażeby być uznanym za język międzynarodowy. W języku tym mówi lud, który obecnie wolny i swobodny, bez przelewu krwi ustaliwszy nową formę bytu państwowego, przyjmuje swych gości, przybyłych dla pracy dla dobra ludzkości, ażeby radzić nad cierpieniami słuchu, który jest jednym z głównych czynników i twórców życia duchowego i nad cierpieniami gardła, które pośredniczy w zewnętrznianiu życia duchowego i w szerzeniu cywilizacji. Mowa była przyjęta z wielkim entuzjazmem, poczem Prezydent *Zamorra* opuścił salę wraz ze świtą. Nie trzeba dodawać, że zarówno na sali, jak i w przedsionku oraz w poczekalniach niestrudzeni fotografowie wszędzie grupowali Kongresistów i robili zdjęcia z oświetleniem magnezjowem i bez niego.

W przerwach pomiędzy wstępnem i inauguracyjnem posiedzeniem oraz po tem ostatniem można było się zorjentować, kto bierze udział w Kongresie. Przedewszystkiem chciałem sprawdzić, kto z Polaków przybył na Kongres. Z katalogu z fotografjami uczestników, który otrzymaliśmy w Biurze Kongresu dowiedziałem się, że na członków zapisało się siedmiu Polaków, jednak na sali spotkałem tylko dwuch: Prof. *Laskiewicza* z Poznania i D-ra *Górnego* z Katowic. Trzech więc nas tylko reprezentowało Polskę, gdyż, jak się później okazało, nikt więcej od nas na Kongres nie przybył. Z innych krajów słowiańskich byli obecni Dr. *Baruchoff*, Prof. *Belinoff* z Sofii, z Rosji, z Czechosłowacji, z Jugosławji — nie było ani jednego przedstawiciela. Kraje Skandynawskie również świeciły nieobecnością, nawet *Viggo Schmidt* z Kopenhagi, jeden z głównych referentów ozeny był nieobecny. Z Niemiec rzucała się w oczy wysoka męska postawa Prof. *V. Eyckena* z Berlina, pozatem był jeszcze *Streit* z Królewca, *Halle* z Berlina, *Seifferth* z Kilońji i paru innych niemieckich otolaryngologów. Z Austrji przybył na Kongres Prof. *H. Neumann* z Wiednia, *G. Hofer*, *O. Mayer*, *Stupka*, ze Stanów Zjednoczonych — *Bryant*, *Eagleton*, *Chevalier Jackson*, *Duel*, *Proetz*, *Gordon Wilson*, z Finlandji *Leiri* z Helsingi, ze Szwajcarji *Barraud* z Lozanny i *Nager* z Zurychu, z Anglji *St. Clair Thompson* z Londynu, *Fraser* z Edynburga, z Węgier *Neuber* z Debreczyna i *Kelemen* z Budapesztu. Największej liczby uczestników dostarczyły kraje

łacińskie: Francja i Włochy, nie mówiąc już o Hiszpańji. Spotkałem więc zaraz po przybyciu Prof. *Sourdille'a* z Nantes, potem *Lemaitre'a*, *Hautanta*, *de Parrela*, *Verneta*, *Halphena* z Paryża, *Portmanna* z Bordeaux, *Wormsa* z Paryża i wielu innych. Z Włochów przybyli *Citelli*, *Bilancioni*, *Brunetti*, *Calamida*, *Torrigiani*, *Alagna*, *Trimarchi*, *Segre* i wielu innych. Było dość liczne grono przedstawicieli Ameryki Południowej, między nimi *Segura*, z Holandji przybyli *Quix* i *Benjamins*, sekretarz stały Collegium Otolaryngologicum Amicitiae Sacrum. Z Japońji przybyło trzech uczestników.

Pierwsze naukowe posiedzenie rozpoczęło się o godzinie 3-ej min. 30 po poł. Na porządku dziennym była sprawa *otosklerozy*. Ponieważ referaty rozdane zostały dopiero w Madrycie i uczestnicy Kongresu nie znali ich treści, przeto główni referenci musieli w skróceniu zapoznawać słuchaczów z wynikami swych prac. *O. Mayer* na preparatach histologicznych wykazał, że nowotworząca się kość w otosklerozie powstaje zawsze na łukach i w okolicach okienek, gdzie najmocniej działają siły mechaniczne. W tych miejscach często powstają szczeliny, luki, nowopowstała tkanka ma charakter kostniny. Pochodzenie więc tej nowopowstałej tkanki kostnej należy uważać za mechaniczno-czynnościowe. Z drugiej znowu strony biorąc pod uwagę wielką skłonność nowopowstałej kości do przerostu, należy przyznać jej pewien charakter nowotworowy, jaki widzimy w guzach znanych pod nazwą „hamartoma". Prawdopodobnie odgrywa tu rolę również czynnik konstytucionalny, będący przyczyną miejscowej i ogólnej zmniejszonej wartości tkanki kostnej. Z punktu widzenia teleologicznego chodzi tu prawdopodobnie o zabezpieczenie miejsc otoczki kostnej błędnika, narażonych na największe oddziaływanie czynników mechanicznych.

Fraser dzieli wszystkie przypadki otosklerozy na pięć typów: 1) chorzy z postępującą tępością słuchu, z triadą *Bezolda*, z normalną błoną bębenkwą i trąbką słuchową obok istniejącego lub nie szmeru usznego i objawów parakustycznych, 2) tacy sami chorzy tylko ze zmianami na błonie bębenkowej, 3) tacy sami chorzy tylko z obustronnem zwężeniem pola słyszenia, stanowiącem objaw daleko posuniętego cierpienia, resp. tępość słuchu mieszanego typu, 4) skleroza wtórna, obejmująca a) chorych z objawami przebytego zapalenia ucha środkowego (blizny, suche przedziurawienia) przy postępującej tępości słuchu, b) chorych z ropotokiem usznym przy postępującej głuchocie z usznemi szmerami lub bez, c) chorych z postępującą tępością słuchu i z objawami zatkania trąbki słuchowej i ze zmianami błony bębenkowej wskutek nieżytu ucha środkowego, 5) chorzy poniżej 35

lat, cierpiący na postępującą tępość słuchu, z normalną błoną bębenkową i trąbką słuchową, w których rodzinach zdarzają się przypadki głuchoty. Inne dane *Frasera* dotyczące etjologji, kliniki i leczenia opierały się na danych ankiety, rozesłanych przeszło 300 brytańskim otolaryngologom, z których tylko 65 nadesłało odpowiedzi. Co do etjologji większość przeważająca wypowiedziała się, że otoskleroza dziedziczy się w liṅji żeńskiej (79%), że nieraz spotyka się przeskok przez jedno pokolenie, że w dużej odsetce przypadków jest ona tylko jednym z przejawów upośledzenia słuchowego dziedzicznego, że zjawia się najczęściej u kobiet w wieku dojrzałym, lub w okresie przekwitania, w wielu razach w wieku dziecinnym. W połowie przeszło przypadków stwierdzono początek choroby podczas ciąży. zwłaszcza po urodzeniu dziecka. Przeziębienie tylko przez niewielu było uznane za początek choroby (28%), wpływy psychiczne, nagłe wstrząsy nerwowe były przez połowę zapytywanych uznane za ważny czynnik etjologiczny, przeszło połowa przypisywała bardzo ważny wpływ cierpieniom nosa, gardła, migdałków, wyrośli adenoidalnych.

Zakażenie ogniskowe, zaburzenia w działalności gruczołów z wydzieliną wewnętrzną niewielu znajdowało zwolenników. Większość zapytywanych wskazywała na długotrwałość okresów niezmieniania się słuchu, szmery uszne notowano u 78%, objawy akustyczne w 55%- zawroty głowy występowały u 16%. Zupełnej głuchoty nie spotykano prawie nigdy, tępość słuchu wzrasta w miarę podnoszenia się dolnej granicy słuchu. Leczenie dawało małe wyniki, najbardziej chwalony był fosfor, strychnina i żelazo, przeciw szmerom najpożyteczniejszym okazał się brom i luminal, preparaty gruczołów dokrewnych wyników nie dawały. Z leczenia elektrycznością najlepsze wyniki dała djatermja.

Gordon Wilson podaje rezultaty pracy nad otosklerozą, zorganizowanej w Stanach Zjednoczonych dzięki poparciu Instytutu Carnegie, który na ten cel przeznaczył 90.000 dol. Praca była prowadzona w kilku kierunkach: przez *Basta i Strettera* z Instytutu Carnegie w kierunku anatomicznym i embrjologicznym, przez *Crocketa i Auba* w kierunku wpływu narastania wapna w ustroju jako podstawy otosklerozy. Pierwsze badania są w stadjum początkowem, drugie wykazują dość znaczne wyniki, mianowicie zubożeniu ustroju w wapno towarzyszy poprawa słuchu. Oprócz tych prac *Davenport* z Instytutu Carnegie podjął jeszcze prace nad wpływem dziedziczności na otosklerozę, poza tem podjęte są prace nad wpływem diety, lekarstw i doświadczalnych uszkodzeń narządu słuchu na psach.

Po przemówieniach referentów głównych rozwinęła się ożywiona dyskusja, w której wzięli udział *Neumann*, *Quix*, *de Parrel*, *Port-*

mann, Sourdille, Kelemen i inni. *Neumann* pokazał pierwsze preparaty histologiczne, wykonane przez *Politzera* i wykazujące zmiany kostne w otoczce błędnika i zaznaczył, że z punktu widzenia histologicznego istnieją dwa przeciwległe poglądy: jeden upatruje w otoczce kostnej zmiany pierwotne (resorpcja), drugi wtórne; często stwierdzane w klinice zmiany sklerotyczne nie znajdują potwierdzenia na sekcjach, otosklerozę już *Politzer* dzielił na złośliwą i dobrotliwą; w pierwszej następuje zwykle utrata słuchu, w drugiej bardzo powolne jego przytępienie. Na kwestję diagnostyki zwrócił uwagę *de Parrel*, podkreślając, że rozpoznawanie otosklerozy bywa często nieprawidłowe, że bierze się nieraz za otosklerozę cierpienie błędnika i podał dalej własną klasyfikację otosklerozy, jednocześnie podkreślając doniosłość wczesnej nauki odczytywania mowy z ust. *Kelemen* sceptycznie zapatruje się na pogląd *Mayera*, jakoby nowotworzenie się kości miało być czynnikiem ochronnym ze strony ustroju przeciw uszkodzeniom otoczki kostnej. W 14 przypadkach pęknięcia podstawy czaszki z uszkodzeniem otoczki kostnej błędnika nie spotykał owych szczelin i rysów w miejscach wskazanych przez *Mayera*. *Sourdille* zwraca uwagę na dobre wyniki leczenia operacyjnego otosklerozy własną metodą, opisaną w Revue de Laryngologie Portmanna. Dotychczas ma już około 60 przypadków znacznej poprawy słuchu u otosklerotyków, trwającej już po kilka lat *Quix* zwraca uwagę, że zmiany kostne powstają nie tylko w obrębie ślimaka, ale i przedsionka oraz kanałów półkolistych. Gdyby więc tylko owe zmiany anatomiczne były przyczyną głuchoty, powinny by zajść również poważne zaburzenia w równowadze, których w istocie niema. Są to więc zmiany wtórne, pierwotnych zmian, niszczących nerwy i zakończenia słuchowe, trzeba szukać gdzieindziej.

Po dyskusji nad otosklerozą zostały wygłoszone referaty w związku z tematem zasadniczym. *Carco* z Kolońji mówił o t. zw. presklerozie Citellego, występującej u młodzieży jako osłabienie słuchu bez zmian w jamie nosowogardłowej i bez wyrośli adenoidalnych. Leczenie jodowe, zalecone przez *Citellego* daje tu bardzo dobre wyniki.

Weber z S. Francisco zwraca uwaga na znaczenie t. zw. „niebieskich płaszczy“ Manassego, które otrzymuje się barwieniem kości zapomocą hematoksyliny i eozyny. Owe miejsca niebieskie, badane przez *A.*, w świetle polaryzacyjnem, nie wykazują związku z otaczającą tkanką, są więc nowym tworem powstałym po uprzedniej absorpcji kości.

Dr. de Parrel mówił o leczeniu otosklerotyków przyczem zwracał wielką uwagę na *edukację psychiczno wzrokową*, co daje w wyniku „prawdziwy słuch zapomocą wzroku“. Chodzi o przyuczenie tępego

na uszy, ażeby jednocześnie ześrodkował uwagę wzrokową, słuchową i duchową na odczytywaniu mówionego z warg i z mimiki twarzy.

Farrer Firmin z Tuluzy przeczy, jakoby istniał związek bezpośredni pomiędzy kiłą a otosklerozą i wszelkie leczenie przeciwkiłowe jak również i przeciwzimnicze chininą nie daje wyników, a może być nawet szkodliwe.

Campos z Madrytu zaleca leczenie zmierzające do zmobilizowania błony bębenkowej zapomocą odpowiedniego przez siebie podanego przyrządu.

Leiri z Helsingforsu mówi o czynniku elektrochemicznym w otosklerozie opierając się na danych, stwierdzających powstawaniu prądów elektrycznych w perylimfie i w ścianie błoniastej błędnika.

Vilar Sancho i *E. Alonso* z Madrytu mówią o zalecaniu wstrzymywania się od małżeństwa pomiędzy osobnikami, cierpiącemi na otosklerozę i którzy w linji wstępującej zarówno prostej jak i pobocznej mają osoby cierpiące na tępość słuchu, i o wstrzymywanie się od jakiegokolwiek leczenia otosklerotyków, a zalecaniu tylko nauki czytania mowy z ust i twarzy.

Wreszcie na zakończenie uchwalono, ażeby utworzył się komitet do dalszych badań nad otosklerozą, który zda sprawę ze swej pracy na przyszłym Kongresie, do Komitetu tego powołano *Duela* z Ameryki i *Nagera* ze Szwajcarji.

Po otosklerozie na drugi dzień weszła na porządek dzienny sprawa *ozeny* którą referowali *Leroux Robert* z Paryża, *Torrini* z Florencji i *Trimarchi* z Kremony. Pozostali główni referenci *Costiniu, Viggo, Schmidt i Lautenschläger* byli nieobecni. W dyskusji zasługiwały na uwagę wywody *Leiriego*, który mówił o ładunkach elektrycznych w nosie ozenowych. Według jego zdania wydzielina w ozenie posiada wysoką stałą dilektryczną. Dwuchwarstwowy potencjał rozwija się wg. prawa *Cohena* w ten sposób, że ściana nosowa posiada ładunek ujemny, a wydzielina dodatni. Wskutek wysychania wydzieliny i pokrycia ściany błoną porowatą ze strupów, zwiększa się na niej ładunek ujemny, który przyciąga dodatnio naładowane iony wapnia, co pociąga za sobą zmniejszenie zawartości wapna w małżowinach nosowych i zanik kości. To samo objaśnienie da się zdaniem *Leiriego* zastosować do powstawania zaniku kości w przypadkach guzów perlistych.

Również ciekawe były poszukiwania *Laskiewicza* nad obrazem rentgenologicznym w ozenie. Autor rozróżnia trzy typy obrazów ozenowych, polegające na różnicy grubości ściany i na obecności

lub braku zatok i ich wielkości. Szczegóły czytelnik znajdzie w pracy *Laskiewicza* w ostatnim numerze Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego.

Bilancioni zwraca uwagę na doniosłość czynnika morfologicznego, któremu przypisuje się nieraz zbyt małe znaczenie. B. obserwował rodziny, w których jeden z rodziców cierpiał stale na ozenę, drugi zaś zaraził się nią od pierwszego. Otóż pośród dzieci można było stwierdzić również dwa typy, jedne, które się rodziły odrazu z ozeną, inne zaś pozostawały zdrowe.

Mello zwraca uwagę na doniosłość leczenia ogólnego, co sprawdził na szeregu chorych, corocznie badanych i obserwowanych w ciągu 11 lat. U wielu z nich po zastosowaniu tranu i słońca obok lekkich przemywań hypertonicznych roztworem soli kuchennej otrzymywał zupełne wyzdrowienie, u trzech chorych doszło nawet do przerostu śluzówki.

Halphen zachwala wyniki leczenia, jakie otrzymywał drogą stosowania acetocholiny domięśniowo i jednoczesnego zastrzykiwania podśluzowego bakterjofaga ozeny.

Torrini na podstawie badań anatomopatologicznych dochodzi do wniosku że zastrzykiwania podśluzowe parafiny dają wyzdrowienie nie tylko kliniczne, ale i histologiczne.

W dyskusji, która rozwinęła się następnie *Blau* i *Halle* zachwalają metodę uruchomienia bocznej ściany jamy nosowej i przesunięcia jej ku środkowi. *Ballerin* zaleca wszczepianie pod ochrzęstną przegrody kawałka chrząstki z siódmego żebra wraz z okostną. *Szmurło* zaleca inhalacje długotrwałe hypertonicznych roztworów soli kuchennej o temperaturze 39^0 do 40^0 C w zdrojowiskach solankowych z dodatkiem prorgolu. *Candela* natomiast wyraża pogląd pesymistyczny zwłaszcza w stosunku do zabiegu chirurgicznego, który uważa za wątpliwy i nie zawsze mogący być zalecanym.

Tegoż dnia posiedzenie popołudniowe było poświęcone sprawie *twardzieli*. Prof. *Belinoff*, przewodniczący Komitetu Międzynarodowego do badań nad twardzielą, zagaił posiedzenie, zaznajamiając z wynikami podjętych prac i zwrócił uwagę na geograficzne rozprzestrzenienie twardzieli, przedstawiając mapę, opartą na danych ankiety, dostarczonych mu ze wszystkich krajów, dotkniętych twardzielą. Prof. *Streit* w krótkich słowach streścił swe poglądy na etjologję twardzieli, upatrując ją w laseczce *Frischa*, która zasługuje bezwątpienia na nazwę laseczki twardzieli i która jest główną przyczyną wszystkich charakterystycznych zmian anatomicznych twardzieli. Prof. *Szmurło* mówił o zmia-

nach anatomicznych w twardzieli demonstrując je licznemi obrazami z własnych preparatów stwierdzającemi istnienie 4-ch postaci histologicznych twardzieli, podkreślając niebezpieczeństwo twardzieli krtani i wykazując istnienie pewnego antagonizmu między twardzielą a gruźlicą. Prof. *Lasagna* szczegółowo zastanawia się nad własnościami bakterjologicznemi laseczki twardzieli i charakterystycznemi cechami na różnego rodzaju pożywkach, wreszcie Prof. *Barraud* mówi o konieczności walki z twardzielą, opartej na międzynarodowych podstawach, zaznaczając, że dotychczas jedna tylko Polska zaprowadziła obowiązkową rejestrację chorych, dotkniętych twardzielą. Z innych komunikatów na szczególną uwagę zasługiwał referat D-ra *Brigarda* z Kolumbji (Ameryka Południowa), który zdał sprawę z poszukiwań nad twardzielą w tym kraju i przedstawił liczne fotografje chorych twardzielowych, przyczem zwracał uwagę na częstość przypadków z owrzodzeniami nacieków twardzielowych (twardziel rozpadowa). W dyskusji *Stupka* zaznacza, że owrzodzenia nacieków twardzielowych są prawdopodobnie wtórne, jak to już dawno stwierdzał *Pieniążek*. *Szmurło* podkreśla, że tkanka twardzielowa posiada naogół wielką odporność i łatwość gojenia, jednakże ciągłe uszkodzenia wraz z zanieczyszczeniem mogą powodować owrzodzenia, zwłaszcza w krajach gorących, trudno wszakże wyróżniać tu postać rozpadową, jak tego chce referent.

We czwartek dnia 29 września odbyło się zrana czwarte naukowe posiedzenie na którem była omawiana sprawa bronchoskopji w przypadkach ropni płucnych i ezofagoskopji w leczeniu uszkodzeń przełyku przez ciała obce.

Główny referent *Chevalier Jackson* podkreśla wielkie znaczenie bronchoskopji w ropniach płucnych. Zdaniem jego zabieg ten ma takie same znaczenie w cierpieniach wewnątrz klatki piersiowej, jak wziernik pochwowy w cierpieniach miednicy, We wszelkich ropieniach oskrzelowopłucnych główny czynnik stanowi zatkanie oskrzeli rozmaitego stopnia, stąd też usunięcie zatkania stanowi główne zadanie bronchoskopji, stwarzającej warunki należytego drenowania ropnia. Owo zatkanie prowadzi raz do rozedmy płucnej innym znów razem do niedodmy; ta ostatnia powstaje w przypadkach ciał obcych i w niedodmie pooperacyjnej. Powstałe ropnie płuc nadają się do leczenia bronchoskopowego, zwłaszcza jeżeli są ograniczone dając doskonałą prognozę; w przypadkach ropni rozlanych prognoza jest gorsza, ropnie przyścienne, wysoko położone, nadają się bardziej do zabiegu operacyjnego.

Eycken mówił o stanach ropnych zapalnych w tkance okołoprzełykowej po uszkodzeniu ściany ciałami obcemi. Takie ropienia, dawniej uważane za fatalne, obecnie, jak wykazały próby *Seifferta*, dają się doskonale leczyć przez rozcięcie ściany przełyku i drenowanie ropy przez przełyk. Ażeby pokarmy nie dostawały się do przestrzeni okołoprzełykowej, należy karmić przez zgłębnik żołądkowy.

Tegoż dnia odbyło się wieczorem uroczyste posiedzenie T-wa Otolaryngologicznego w Madrycie, które udzieliło dyplomów honorowych Towarzystwa niektórym uczestnikom Kongresu, a między nimi i niżej podpisanemu.

Czwartego dnia Kongresu o 9-ej rano rozpoczęły się obrady na temat naświetlań radowych i promieniami X oraz leczenia nowotworów złośliwych okolicy sitowej nosa, gardła, a w szczególności migdałków i krtani. Obrady rozpoczął *Hautant* sprawą leczenia nabłoniaków okolicy sitowo-oczodołowej, zaznaczając, że guzy te mają przebieg powolny i przedstawiają różnorodną budowę. Wrażliwość ich na promienie krótkie jest osłabiona, niebezpieczeństwo ich polega na przejściu do jamy czaszkowej i wywołaniu powikłań, przerzuty są tu wyjątkowe, leczenie powinno polegać na możliwie doszczętnem usunięciu guza, poczem należy wprowadzić do wytworzonej jamy radjum w postaci 10 do 15 ognisk naświetleniowych na 4 do 5 dni. Takie leczenie dało wyzdrowienie w 38%, trwające od 4 do 12 lat. Z kolei prof *Lemaître* mówił o leczeniu nabłoniaka migdałków, które zdaniem jego powinno polegać na kombinacji leczenia chirurgicznego i radjologicznego. W nabłoniakach świeżych, bez zajęcia gruczołów L. stosuje igły radowe, wkłuwane na 5 do 10 dni do migdałków. Kiedy wystąpiło powiększenie gruczołów wskazany jest naprzód, — zabieg chirurgiczny, potem naświetlania; w dużem powiększeniu gruczołów zabieg musi być większy, operować należy w tkance zdrowej, poczem stosować naświetlanie radowe. Takie leczenie dało autorowi wyniki b. zachęcające. *Ledoux* mówił o technice naświetlań w zastosowaniu do różnego rodzaju guzów złośliwych gardła i krtani.

W dyskusji, jaka się rozwinęła, na szczególną uwagę zasługuje przemówienie *Tapii*, który widział dobre wyniki niekiedy od naświetlań, w większości wszakże przypadków zabieg chirurgiczny staje się niezbędny, stopień zaś tego zabiegu w nowotworach krtani zależy od wieku chorego i wielkości zmian. Im osobnik jest młodszy, tem złośliwszy jest guz, tem zabieg powinien być większy. Tam gdzie z wielkości zmian należałoby, zdaje się, dokonać laryngofissury, pewniejszą będzie hemilaryngectomia. Gdzie byłaby wskazana hemilaryn-

gectomia, należy dokonać całkowitego wycięcia krtani. Naświetlanie trzeba stosować tam, gdzie pacjent świadomy swego stanu nie chce operacji, w przypadkach nie nadających się do operacji i tam gdzie operacja jest przeciwskazana ze względu na ogólny stan chorego. *Citelli* zwraca uwagę na pomyślne wyniki, jakie otrzymał w wielu przypadkach z zastrzykiwań domięsniowych wyciągu z guza złośliwego świeżego i nieautolizowanego. *Eycken* zachwala leczenie guzów złośliwych gardła dolnego i krtani zwłaszcza małych zapomocą t. zw. metody okienkowej, polegającej na wycięciu kawałka chrząstki tarczykowatej naprzeciwko chorego miejsca i wprowadzeniu do otrzymanego wgłębienia radu. W przypadkach guza gardła dolnego v. E. przedostaje się drogą zewnętrzną do jego okolicy i do wytworzonej kieszeni wprowadza kapsulkę radu. Takie leczenie dawało mu nieraz doskonałe i szybko następujące wyniki. *S. Clair Tompson* jest gorącym zwolennikiem laryngofissury. Wogóle większość ogromna wypowiedziała się za operacją chirurgiczną w leczeniu raków krtani, uważając naświetlania tylko za środek pomocniczy.

Z pozostałych referatów, dotyczących różnych dziedzin otolaryngologji na uwagę zasługiwał referat *Gyergyäya* o badaniach trąbki Eustachjusza, w szczególności jej ruchów i charakteru dźwięków, towarzyszących przechodzeniu przez nią powietrza w różnych stadjach chorobowych. *Benjamins* wykazał możliwość rozwoju raka struny głosowej nie z jednego miejsca, a z kilku jednocześnie, demonstrując przekonywujące przezrocza. *Neumann* wygłosił bardzo ciekawy referat o przyczynach tego lub innego zajścia zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Według badań, przedsięwziętych w jego klinice wynika, że te meningity, którym towarzyszy zapalenie substancji mózgowej (encephalitis) dają zejście śmiertelne, meningity w których sprawa zapalna ogranicza się do samych opon, dają w wielu razach wynik pomyślny. Z objawów, które powinny budzić czujność, zwłaszcza gdy się ma do czynienia z dziećmi, są rozlane bóle głowy oraz wysoka gorączka, dochodząca do 39—40^0 C; ważne jest również częste badanie płynu mózgowordzeniowego. Jako zabieg leczniczy autor uważa szerokie obnażenie twardej opony i wypuszczenie płynu mózgordzeniowego przez jej otwarcie.

Reszta referatów musiała odpaść z braku czasu.

Ostatniego dnia Kongresu w godzinach popołudniowych odbyło się posiedzenie Komitetu Stałego Zjazdu. Komitet przedewszystkiem uchwalił powstanie Komisyj stałych do dalszych prac nad tematami zasadniczemi obecnego kongresu, wyznaczając do Komisji dla

twardzieli jakeśmy to już wyżej wspominali *Belinoffa i Lasagnę*, do ozeny—*Costiniu i Vasillu* do otosklerozy *Duela i Negera* i dla raka *Tapię i Hautanta.*

Przyjęto w zasadzie konieczność ograniczenia komunikatów przeważnie do tematów zasadniczych oraz uznano również zasadę posiłkowania się w dyskusjach przeważnie językiem francuskim, jako językiem dyplomatów, dopuszczając obok niego użycie 4-ch języków (niemiecki, angielski, włoski i hiszpański). Przyjęto dalej propozycję *Neumanna*, ażeby podczas przyszłego Kongresu poświęcić jedno uroczyste posiedzenie stuleciu *Politzera*, wreszcie na propozycję Prof. *v. Eyckena* wyznaczono Berlin jako miejsce przyszłego Zjazdu, a von *Eyckena* jako przewodniczącego. Ponieważ uznano za konieczne, ażeby przewodniczący poszczególnych Komitetów do badań nad twardzielą, ozeną, otosklerozą, rakiem, porozumiewali się z przewodniczącym przyszłego Kongresu za pośrednictwem Komitetu stałego. przeto na jego przewodniczącego (urząd dotychczas nie istniejący) wybrano ustępującego prezesa II Zjazdu prof. *Tapję.*

Na tem zakończyło się posiedzenie Komitetu Stałego Kongresu. Wieczorem o godzinie 7-ej nastąpiło uroczyste zamknięcie Kongresu pod przewodnictwem Ministra Oświaty *Don Fernando de Los Rios. Tapia* rozpoczął posiedzenie przemówieniem, w którem zobrazował prace Kongresu i wrażenia niezapomniane, jakie wspólna praca pozostawiła w pamięci wszystkich, i przekazał prof. *Eyckenowi* obowiązki i troski nad urządzeniem przyszłego Kongresu. Ten odpowiedział w krótkich słowach, dziękując serdecznie całemu Kongresowi, że wybrał Berlin na przyszłą siedzibę Zjazdu. Poczem Minister Oświaty złożył w gorących słowach podziękowanie uczestnikom Kongresu w imieniu całego Rządu i całej Hiszpańji, że wybrali Hiszpańję za miejsce Zjazdu, prosił, ażeby po powrocie do swych krajów szerzyli prawdę o sytuacji wewnętrznej, położeniu i nastrojach Hiszpańji republikańskiej, poczem zamknął Zjazd.

Tak się przedstawiała strona naukowa Kongresu. Z pobieżnego przeglądu prac czytelnik łatwo wywnioskuje, że Kongres nie przyniósł żadnego wielkiego odkrycia, ale poruszył wiele nowych pytań i uporządkował wszystko to, co dotychczas było zrobione w dziedzinie pięciu głównych tematów, dał bodziec do dalszej pracy. Nowem było potworzenie Komisji stałych do czterech wybitnych zagadnień z dziedziny otolaryngologji. Komisje mają organizować i prowadzić pracę w dalszym ciągu i z otrzymanych wyników zdać sprawę przyszłemu Kongresowi. Takie systematyzowanie pracy w dziedzinie na-

ukowej należy uważać za wielką zdobycz i postęp, który napewno wyda duże rezultaty.

Poza pracą naukową Komitet Kongresu dokładał wszelkich starań, ażeby pobyt w Madrycie uczynić dla uczestników Kongresu jak najprzyjemniejszym i jak najkorzystniejszym. W tym celu zostały zorganizowane ciekawe pokazy kinematograficzne operacyj plastycznych oraz badania bronchoskopowego. Pozatem urządzony był w szpitalu prowincjonalnym pokaz operacji wycięcia krtani przez prof. *Casadesus* z Barcelony. Niestety ten pokaz nie odpowiadał celowi, ponieważ operacja była wykonywana w zwykłej, dość nie wielkiej sali operacyjnej, w której stłoczyło się przeszło 100 osób. Ci więc tylko, co stali przy samym stole operacyjnym, mogli widzieć przebieg operacji; pozostali nie widzieli nic. Z powodu mijania się z celem podobnych pokazów zapowiedziane operacje *Portmanna*, *Hallego*, *Neumanna* nie doszły do skutku. Korzystając ze sposobności, zwiedziłem wówczas oddział otolaryngologiczny, urządzony doskonale. Łóżka i posłania chorych były bardzo wygodne i porządne, sala przyjęć ambulatoryjnych oraz operacyjna została zaopatrzona we wszystkie niezbędne urządzenia i instrumenty. Jak mnie poinformowano, wszystkie te urządzenia otrzymał oddział już po powstaniu republiki hiszpańskiej.

Komitet Zjazdu dokładał wszelkich starań, ażeby uczestnicy Kongresu po pracy naukowej mogli jak najprzyjemniej czas spędzać i ażeby jednocześnie mogli poznać Hiszpańję, jej zwyczaje, jej muzykę i sztukę, jej pieśni i zabawy. W tym celu zaraz po przybyciu każdy uczestnik otrzymał przewodnik po Madrycie i Hiszpanji, w języku francuskim, z którego można było dowiedzieć się o tem wszystkiem co pięknego posiada Hiszpańja. Po ukończeniu pracy naukowej uczestnicy Kongresu mieli zaproszenie na przyjęcia, urządzane w imieniu Prezydenta Respubliki, w imieniu Komitetu, miasta Madrytu i otolaryngologów hiszpańskich, a niektórzy na przyjęcie prywatne wreszcie do nadzwyczaj miłego i uprzejmego prof. Tapia, poza tem codziennie również otrzymywali zaproszenia: jednego dnia na przedstawienie w teatrze Maravilla, na drugi dzień na koncert pieśni hiszpańskich narodowych, trzeciego dnia na widowisko walki byków, wieczorem zaś a właściwie już w nocy, bo o godzinie 10 min. 45 na koncert muzyki hiszpańskiej w Miejskim teatrze narodowym. Wreszcie odbyły się dwa urzędowe bankiety z przemówieniami prezydenta Komitetu Kongresowego i odpowiedziami w urzędowych językach zjazdu. Pierwszy bankiet powitalny odbył się o godzinie 9-ej wie-

czorem drugiego dnia Kongresu, drugi pożegnalny — po zamknięciu Kongresu.

Przyjęcie w imieniu Prezydenta Respubliki odbyło się w b. pałacu królewskim, obecnie zwanym pałacem narodowym Była to doskonała sposobność obejrzenia wspaniałych sal pałacu pełnych dzieł sztuki nadzwyczajnej piękności, jak sala porcelanowa, której ściany i sufit utworzone z cudnych splotów i liści, krzewów porcelanowych budziły we wszystkich niekłamany podziw. W teatrze Maravilla można było podziwiać humor i werwę hiszpańską, oraz cudne tańce narodowe wykonane przez najcenniejsze tancerki. Punktem kulminacyjnym przyjęć i zabaw było śniadanie urządzone przez kolegów hiszpańskich na arenie nowego cyrku, gdzie zapoznaliśmy się z ulubionemi, nawiasem mówiąc bardzo smacznemi potrawami hiszpańskiemi, w których ryż, baranina i ostre przyprawy stanowiły główne składniki. Po śniadaniu mieliśmy możność w starym cyrku przyglądać się walce byków, trwającej przeszło dwie godziny, podczas której zginęło 6 byków. Tu wystąpiła w całej pełni gorąca niepohamowana krew południowa ludności, która umie przechodzić w jednej chwili od wybuchów radości i uznania, przejawiających się oklaskami, krzykami, rzucaniem na arenę kapeluszy, do oznak gniewu i oburzenia w postaci przeraźliwych świstów, wrzasków i rzucania zgniłych owoców.

Po ukończeniu Zjazdu wielu uczestników wzięło udział w wycieczkach, zorganizowanych przez T-wo Cooka, do Toledo, do Sevilli, do Alhambry, do Burgos, inni zwiedzali miasto, wspaniałe muzeum sztuki w Prado, piękne parki, obserwując ciekawe życie południowe,ześrodkowujące się na ulicy, pełne gorączkowego wrzenia wieczorem i w nocy i ciche jakby zamarłe w godzinach południowych, kiedy upał zapędza wszystkich do mrocznych i chłodnych mieszkań. Tu na ulicy można było poznać wysoką kulturę, uprzejmość i gościnność hiszpańską, każdy bowiem z mieszkańców starał się wyjaśnić, ułatwić, wskazać to, o co się go pytano, nie żałując własnego czasu i fatygi.

I nikt napewno nie żałował podwójnych trudów dalekiej podróży, bezsennych nocy, spędzonych w wagonie, bo był sowicie nagrodzony tem, że mógł brać udział w poważnej pracy naukowej, z udziałem najwybitniejszych sił naukowych świata, mógł podziwiać piękne niebo i piękny kraj, gdzie rewolucja odbywa się niemal pokojowo, bez przelewu krwi, gdzie na każdym kroku widzi się ślady wysokiej kultury i prastarej cywilizacji, owianej swoistym urokiem południowego nieba i południowego temperamentu.

Do Redakcji Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego.

Proszę o umieszczenie w następnym n-rze poniższego sprostowania:

W pracy p. t.: Przyczynek do patogenezy ropni pozagardłowych u dzieci (P. Przegl. Otolaryngol. T. VIII z. 3-4). p. dr. Chorążycki wyraził wątpliwość, jakoby z krótkiego opisu mego przypadku tonsillitis praeepiglottica phlegmonosa u mężczyzny l. 35. (P. Przegl. Otolar. T. III z. 1-2) wynikało, iż obraz kliniczny i laryngoskopowy tego przypadku miałby być tylko „częścią składową ropnia nasady języka" a nie powikłaniem ostrego stanu zapalnego migdałka językowego bez wytworzenia się ropnia w tej okolicy. Otóż w sprostowaniu wyjaśniam iż w przypadku tym (obserwowanym przezemnie jeszcze w r. 1930), nie doszło wcale do wytworzenia się ropnia nasady języka, a objawy miejscowe pod postacią obrzęku śluzówki nagłośni były następstwem ostrego stanu zapalnego tegoż migdałka, nie zaś urazu przez ciało obce, względnie oparzenia. W tegorocznej epidemji angin miałem sposobność spostrzegać aż 3 podobne przypadki z których w jednym tylko doszło do wytworzenia się ograniczonego ropnia w okolicy zewnętrznej powierzchni nagłośni oraz prawego dołka językowonagłośniowego bez jakiejkolwiek skłonności do rozszerzenia się procesu w głąb podstawy języka. Po wstrzyknięciu propidonu oraz nacięciu nożykiem Tobolda (w ropie łańcuszkowce) sprawa ta dość szybko się cofnęła. W 2-ch pozostałych przypadkach leczenie zachowawcze wystarczyło w zupełności: propidon, inhalacje z o. 5% Zn. sulfur., lód na szyję) do cofnięcia się tego powikłania. Należy zatem odróżnić stany zapalne migdałka językowego c. infiltratione praeepiglotica, będące następstwem *li tylko ostrego stanu zapalnego* tegoż migdałka od stanów zapalnych naciekowych w następstwie urazów ciałem obcem lub oparzeniem gorącym kęsem czy chemikaljami. Pierwsze z nich prowadzą co najwyżej do ograniczonych ropni, położonych tuż pod tkanką adenoidalną, oddzieloną od warstw mięsnych podstawy języka otoczką łącznotkankową, którą nazywa *Schumacher*: *ein lamälläres Bindegewebe welches d. Zungenbalg kapselartig umgibt* względnie ropni podśluzówkowych na zewnętrznej powierzchni nagłośni. Drugie natomiast to sprawy o wiele głębsze i cięższe, dające powód do wytworzenia się ropni podstawy języka. O tej różnicy wspomnianych 2-ch postaci zapaleń tkanki adenoidalnej na korzeniu języka piszą już w r. 1897-ym *Butlin* (Krankh. d. Zungenmandel Wien) i *Ebertsheim*, a z nowszych autorów: *Bilancioni* (Manuale di Otorinolaringoiatria Vol. II p. Ima) i *A. Eella Cioppa* (Importanza d. tons.

inguale nella pathologia di gola La Riforma med. 1926 nr. 8). Ale tej różnicy nie przeprowadził dr. Chorążycki w swojej pracy, gdyż nie uwzględnił dostatecznie odnośnego piśmiennictwa, tak potrzebnego chociażby tylko do bardziej rzeczowego zaczepienia czyjejś pracy.

A. Laskiewicz.

STRESZCZENIA.

HIEQUET. Wysięki w uchu środkowem. (I Congres internat. d'oto-laryngol).

Wygląd błony nie zawsze odpowiada istotnemu stanowi ucha środkowego. Przy minimalnych zmianach w wyglądzie błony możemy nieraz stwierdzić obecność wszelkiego rodzaju wysięków. Dla badań miarodajnym jest tylko materjał, osiągnięty drogą nakłucia przy użyciu strzykawki Wygląd ropy nie może być równoznaczny z wynikami badań bezpośrednich, lub też — otrzymanemi z posiewu. Stale znajdujemy składowe części ropy — ciałka wielojądrzaste, u dzieci zaś gruźlicznych — jedno-jądrzaste. W posiewach autor otrzymywał paciorkowce, gronkowce i dwoinki. *W. Gumiński.*

Dr. J. TETU. Znieczulanie miejscowe przy zabiegach na wyrostku sutkowym. (I Congres internat. d'otolaryng).

Klinika bukareszteńska oddawna posługuje się tą metodą przy wszelkich zabiegach usznych. Wyjątek stanowią tylko osobniki b. lękliwe, dzieci i niepoczytalni. Technika znieczulenia pozostała niezmienioną. Polega ona na założeniu wacika z płynem Bonain'a do jamy bębenkowej, nastrzyknięciu powłok wyrostka i okostnej rozczynem 1% novacain'y oraz dodatkowych zastrzyków wzdłuż przewodu zewnętrznego. Zaleca się choremu trzymać w zębach kawałek kauczuku.

Wyższość znieczulenia miejscowego polega, zdaniem autora, na tem, iż 1) unikamy niebezpieczeństwa narkozy; personel pomocniczy może być mniej liczny. 2) Zbytecznem jest uprzednie przygotowanie chorego. 3) Leczenie pooperacyjne postępują szybciej, gdyż chory jest mniej unieruchomiony, a przez to nie zmienia zwykłego trybu swego życia. *W. Gumiński*

J. RAMADIER. Les otites suppurèes syphilitiques. (I Congrés oto-rhino-laryngol).

Autor na wstępie podkreśla, iż pragnie omówić ropne zapalenia uszu o podłożu ściśle kiłowem, t. j. takie, co do których niema wątpliwości, iż są spowodowane bezpośredniem przeniknięciem swoistego zarazka. Przeświadczenie swoje autor motywuje faktem, iż we wszystkich obserwowanych przezeń przypadkach 1) wyniki badań klinicznych i serologicznych stale wykazywały kiłę w stanie czynnym, 2) wynik leczenia specyficznego był uderzająco szybki, 3) istniały stale pewne określone objawy kliniczne.

Do rzędu tych ostatnich należą: rozległa martwica, zajęcie błędnika i dane akumetryczne. Objawy te obserwujemy częstokroć jednocześnie, aczkolwiek obecność każdego z nich poszczególnie jest bardzo znamienną.

Zmiany martwicze, o których mowa, wypływają ze swoistego charakteru zapalenia. Już we wczesnym okresie ropienia występuje obrzmienie powłok wyrostka; sensacje bólowe są nad wyraz słabe, skóra — zlekka sinawa. Wkrótce wyczuwa się jakby rozmiękczenie, które jest b. wymowne przy obmacywaniu. W tym bowiem momencie, a nawet w chwili, gdy chory kładzie się na stronę chorego ucha słyszy on wyraźnie trzeszczenie kości. Podczas operacji stwierdzamy zazwyczaj obecność dużej ilości martwiaków, szarych i suchych; niektóre komórki wyrostka wypełnione są szarawą substancją, podobną do mózgowej; ropy jednak nie wykrywa się nigdzie. Drugim objawem rozpoznawczym jest rozwój zaburzeń błędnikowych w odmiennych niż zwykle okolicznościach. Objawy bowiem błędnikowe wyprzedzają zazwyczaj przejawy ropnego zapalenia ucha. W obserwowanych przezeń przypadkach głuchota i zaburzenia czynnościowe przedsionka były już w pełni zamanifestowane, gdy w jamie bębenkowej można było ledwie zauważyć objawy poczynającego się zapalenia. Owa odrębność w porządku rozwojowym omawianych objawów jest cechą charakterystyczną dla schorzenia kiłowego.

Autor objaśnia ten szczegół umiejscowieniem procesu kostnego (osteo periostite specifique) w obrębie ściany błędnika.

Trzecim, ważnym czynnikiem rozpoznawczym jest formuła akumetryczna. Przy badaniu bowiem stwierdzamy znaczne osłabienie przewodnictwa powietrznego, jak również kostnego w obrębie dźwięków wysokich, przy względnie dobrem zachowaniu skali dźwięków niskich.

Przyczyny tego zjawiska, należy, zdaniem autora, dopatrywać się w schorzeniu torebki. Stanowi ono dużą przeszkodę w przewodnictwie powietrznem; jednocześnie niweczy sprawność czynnościową włókien krótkich, znajdujących się w pobliżu okienka okrągłego i przystosowanych do przyjmowania dźwięków wysokich. Przeciwnie, włókna długie opierają się skutecznie schorzeniu, dla tego też zachowanie, a nawet wydłużenie przewodnictwa kostnego jest wcale możliwem.

W. Gumiński.

H. NEUMANN. W sprawie zapaleń wyrostka sutkowego. (I Congres internat. d'oto-rhino-laryngol.

Mówiąc o powikłaniach, rozwijających się w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, autor przytacza interesujące dane z własnej statystyki, obejmującej 1302 operowane przypadki. Największa ilość dokonanych zabiegów przypadała na 3-ci i 4-ty tydzień choroby usznej; natomiast powikłania wewnątrz-czaszkowe występowały najliczniej już to w pierwszym tygodniu, lub też dopiero po upływie 6 — 8 tygodni. W międzyczasie, a zwłaszcza w 3-im i 4-ym tygodniu choroby, gdzie ilość dokonanych wydłutowań była najwyższą,

omawiane powikłania zdarzały się b. rzadko. Największa (sięgająca nawet 25%) śmiertelność przypadała właśnie na pierwszy tydzień schorzenia, natomiast przy tej samej liczbie powikłań, powstałych w późniejszych okresach trwania choroby, śmiertelność wybitnie się zmniejszyła. Niewątpliwie na stan ten wpływ mają: złośliwość zarazka, dalej, trudności rozpoznawcze z powodu nieomal błyskawicznego rozwoju powikłania; wreszcie, zamaskowanie istotnego stanu ucha przez szereg współtowarzyszących objawów, stojących często w związku z zakażeniem ogólnem (choroby dróg oddechowych, grypa i t. p.).

Nic więc dziwnego, że pierwsze, niewyraźne objawy nie zawsze są odpowiednio oceniane. Utarło się przeto pojęcie, iż objawy kliniczne w przebiegu ostrego zapalenia uszu nabierają ważkości dopiero w miarę przedłużenia się cierpienia. Uświadomienie sobie tych okoliczności powinno nas pobudzać do zdwojonej uwagi, by przez dokonanie zabiegu w odpowiednim momencie możliwie ograniczyć niebezpieczeństwo wcześnie występujących powikłań.

Polemizując z Witmaack'em, autor orzeka, że powikłania, wcześniej występujące nie stwarzają jednak stanu zupełnej beznadziejności. Zwłaszcza rozpoczynające się zapalenie opon mózgowych, może być rozpoznane drogą nakłucia lędźwiowego nawet w b. wczesnym okresie; rozpoznanie w odpowiednim czasie może udostępnić opanowanie niektórych przypadków.

Wychodząc więc z tego założenia, autor radzi przy każdem ostrem zapaleniu o przebiegu b. burzliwym wcześnie zacząć robić nakłucia. Gdy badanie cytologiczne i chemiczne płynu nie wyjaśnia odrazu stanu, nakłucie należy powtórzyć dnia następnego, lub trzeciego. Wynik ostatniego badania w zestawieniu porównawczem z poprzedniem będzie miarodajnym dla określenia linji naszego postępowania. Tylko podobnie postępując, udaje się nieraz ustalić rozpoznanie w odpowiedniej chwili. Autor cytuje 5 przypadków (z liczby 8), gdzie tylko dzięki natychmiastowej operacji udało się uratować życie chorego. Wśród nich były przypadki z płynem wyraźnie ropnym i zawierającym zarazki. W przypadkach posoczniczy, jako wczesnego powikłania, autor jest zdania, iż zabieg nie jest tak naglący, przeto stan ten może być dostatecznie wyjaśniony drogą odnośnych badań krwi. *W. Gumiński.*

SOURDILLE. Atticotomja poprzez wyrostek sutkowy. (L'atticotomie transmastoidienne). I Congrès internat d'oto-rhino-laryng.

Autor jest zdania, iż w określeniu pojęcia — operacji „doszczętnej-zachowawczej“ tkwi dużo nieścisłości. Proponuje przeto utrzymanie określenia, opartego na danych anatomicznych. Z pośród zapaleń ropnych ucha środkowego autor wydziela zasadnicze 3 grupy.

Pierwsza — to ropienie z trąbek; do grupy drugiej należeć będą przypadki ropienia w obrębie uchyłka nadbębenkowego z defektem w błonie wiotkiej; grupę trzecią stanowić będą ropienia, pochodzące z uchyłka i jamy bębenkowej. Podział ten jest ważny ze względu na różnicę w umiejscowieniu schorzenia i widoki skuteczności

podjętego leczenia. Przy ropieniach bowiem z trąbki wogóle istnieje mało szans trwałego wyleczenia. W przypadkach 3-ej grupy, gdzie maximum zmian umiejscawia się na powierzchni wewnętrznej kosteczek i przeciwległej im ścianie uchyłka i jamy bębenkowej), wyleczenie drogą atticotomji z zachowaniem kosteczek jest b. problematyczne, zwłaszcza w przypadkach zadawnionych. Natomiast, najwdzięczniejsze pole do osiągnięcia wyleczenia na tej drodze stanowią przypadki ropienia w obrębie uchyłka (z defektem w błonie wiotkiej). Tu omawiana operacja jest bardzo wskazana, zwłaszcza jeśli może być wykonana możliwie wcześnie. W przypadkach tych zmiany kostne po większej części umiejscawiają się na zewnętrznej powierzchni kosteczek i zwróconej ku nim ścianie uchyłka. Ostatnia, będąc zniesioną, udostępnia obserwację i leczenie schorzałych części kosteczek Są tu wszystkie dane dla dobrego i szybkiego zabliznowacenia.

Co do innych okoliczności, powinniśmy brać pod uwagę z jednej strony charakter schorzenia, jego umiejscowienie i rozległość, oraz czas trwania choroby. Z drugiej zaś strony należy się liczyć ze stanowiskiem socjalnem chorego, oraz stanem słuchu przed zabiegiem. Jeśli słuch przed operacją był powyżej 1,5 m., jeżeli zajęte są oba uszy, a pozycja, lub zawód chorego uzależnione są od słuchu, należy proponować mu operację zachowawczą, wysuwając jej dodatnie rezultaty, aczkolwiek nie zawsze matematycznie pewne, lecz możliwe do osiągnięcia.

W sprawie techniki operacyjnej autor radzi robić jamę operacyjną tak małą, jak dalece pozwala na to ograniczenie procesu; dalej, nie ruszać kosteczek, a celem uniknięcia wywichnięcia kowadełka niezmiernie ostrożnie zbijać ścianę uchyłka. W końcu autor wypowiada się za stosowaniem metody *Barany'ego* wszędzie tam, gdzie niema perlaka. W ostatnim wypadku należy zdaniem jego dokonać plastyki przewodu. *W. Gumiński.*

VIII Doroczne Walne Zgromadzenie Członków Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego, odbyte w Warszawie dnia 26.VI 1932 roku.

Posiedzenie naukowe.

Po zagajeniu posiedzenia przez prezesa *Czarneckiego* obrano na przewodniczącego *Helmana* (Łódź), na sekretarza *J. Tencera* (Warszawa). Wygłoszono referaty:

1) Doc. *T. Wąsowski.* Zapalenie przewlekłe zatoki szczękowej w świetle spostrzeżeń kliniki wileńskiej.

2) Doc. *A. Dobrzański.* Wyniki operacyjnego leczenia przewlekłego ropienia jamy szczękowej i czołowej.

Dyskusja. *Lubliner* omawia budowę anatomiczną jamy szczękowej oraz niektóre powikłania, występujące po operacji na tej zatoce.

Prof. *Laskiewicz* podnosi wartość badania bakterjologicznego w rozpoznawaniu zapaleń ropnych jam obocznych nosa. Stwierdzenie jednego rodzaju bakteryj w wydzielinie zatoki szczękowej przemawia za etjologją grypową, kilku rodzajów — za pochodzeniem zębowem. Zdjęcia roentgena zębów mają duże znaczenie (ziarniniaki wierzchołków zębów). W 20% przypadków na 400, spostrzeganych na klinice Poznańskiej, dało się stwierdzić pochodzenie zębowe ropnych zapaleń jamy szczękowej, w djagnostyce schorzeń zatoki szczękowej cenne usługi oddają zdjęcia kontrastowe. Lipjodol, wprowadzony do zatoki pozwala na różniczkowanie pomiędzy sprawą ropną, polipową i nowotworową.

Schwarzbart porusza sprawę związku zapaleń ropnyeh j. Highmora z konstytucją oraz mówi o zapaleniach tej jamy na tle gruźliczem.

Miodoński stwierdza, że niepomyślne wyniki po doszczętnych zabiegach na zatoce szczękowej odnieść należy najczęściej do schorzeń innych zatok, które nie są odpowiednio leczone. Klinika Krakowska ogranicza w ostatnich latach coraz więcej otwieranie zatoki czołowej od zewnątrz, stosując często metodę Hallego,

Czarnecki omawia zapalenie pozagałkowe n. wzrokowego, jako powikłanie ropnej sprawy jam obocznych nosa.

Hellin zwraca uwagę na chrypkę, która towarzyszy zapaleniom jam obocznych nosa, zwłaszcza u dzieci.

Karbowski podkreśla konieczność współpracy pomiędzy laryngologami i stomatologami.

Chorążycki uważa, że ropnych zapaleń zatoki szczękowej jest znacznie więcej, niż się naogół przyjmuje.

Małowist przytacza przypadek obustronnej ślepoty, trwającej przez 20 minut, która wystąpiła po przekłuciu zatoki i wdmuchiwaniu powietrza. Dalej zwraca uwagę na niepodaną przez Doc. Dobrzańskiego w swym referacie modyfikację Kilianowskiej operacji zatoki czołowej podług Seifferta. Operacja ta daje dobry wynik leczniczy i kosmetyczny.

Srebrny podkreśla, że Doc. Wąsowski nie uwzględnił w swym odczycie przewlekłych zapaleń surowiczych jamy szczękowej, wobec czego tytuł odczytu winien brzmieć. „Ropne zapalenie przewlekłe zatoki szczękowej".

Koenigstein nie zgadza się z poglądem, że najlepiej przepłókiwać zatokę szczękową przez otwór naturalny. Tylko w niewielkim odsetku przypadków można się tą drogą dostać do zatoki. Najpewniej jest przekłuwać ścianę zatoki w dolnym przewodzie nosowym. W przypadkach, w których ściana ta jest b. gruba należy korzystać z dłótka. Również nakłuwanie jamy Highmora przez środkowy przewód nie zawsze się udaje, gdyż bywają anomalje anatomiczne. Mówca obserwował 2 przypadki, w których igła dostała się do orbity. Co do płynów, używanych do przemywania rany po zabiegu doszczętnym, to nie odgrywają one wielkiej roli; natomiast większe znaczenie ma dopływ powietrza przez szeroki otwór w dolnym przewodzie (aeroterapja). Odsetek zapaleń zatoki szczękowej pochodzenia zębowego jest dość duży, gdyż istnieją utajone zapalenia korzeni i ozębnej. Wystarczy najsłabsze zakażenie grypowe, by ostrą sprawę zapalną zatoki podciągnąć pod rubrykę grypy, podczas gdy prawdziwą przyczyną było zapalenie korzenia, które ze stanu utajonego przeszło w stan jawny. Zatoka szczęko-

wa może być źródłem zakażenia zatoki sitowej i czołowej. Zakażenie to może nastąpić, jak wykazały badania ostatniej doby (Terracol, Vilar Fiol) przez t. zw. conduction maxillo-ethmoidale et maxillo-frontale, czyli drogą bezpośrednią.

Helman (Łódź) nie wątpi, że w schorzeniach jam bocznych nosa konieczna jest współpraca pomiędzy laryngologami a stomatologami, jednakże zabieg na zatokach powinien być wykonywany wyłącznie przez rynologa, obeznanego z anatomją nosa. Wypowiedziane przez jednego z prelegentów zdanie, że w przypadkach *pansinuitis* wystarcza zabieg na niektórych tylko zatokach stoi w sprzeczności z poglądami innych autorów (Szmurło, Burger), którzy twierdzą, że w przypadkach schorzenia kilku zatok, o ile zabieg zostaje wykonany tylko na niektórych, następuje na skutek urazu operacyjnego silna reakcja w zatokach nieoperowanych i obostrzenie procesu utajonego, co prowadzi niekiedy do zejścia śmiertelnego.

3) *A. Laskiewicz* (Poznań). Wyniki ankiety Polskiego Komitetu do badań nad ozeną.

4) *Szwarzbart* (Kraków). a) Z kazuistyki rentgenografji nowotworów złośliwych, b) Cholesteatoma. Meningitis. Sanatio.

5) *B. Karbowski* przedstawił przypadek: Liquorrhoea nasalis cerebrospinalis w przebiegu nowotworu siodełkowo - mózgowego.

Sekretarz: *J. Tencer.*

Sekcja Poznańsk.-Pomorsk. Polsk. T-wa Otolaryngolog.

Posiedzenie z dn. 10.II-31 r., odbytego w Klinice Otolaryngologicznej U. P. ul. Fredry 7.

1. Kol. *Małuj* przedstawia pacjenta żołnierza l. 26 z rozpoznaniem *stenosis laryngis luetica*, u którego w okresie leczenia przeciwkiłowego (Neo-salwarsanem, Bismutem jodo-chin.) naskutek znacznego zwężenia krtani w okolicy podgłośniowej i głośni, wystąpiła nagła duszność, zmuszająca do wykonania natychmiastowej tracheotomji. Pacjent zagorączkował nagle wśród niewyraźnych objawów ze strony płuc (badanie przez internistę, Rentgen. ujemny). W 10 dni stan pacjenta uległ tak dalece poprawie, że przystąpiono do dekaniulacji, po której wystąpiła ponowna zwyżka temperatury lecz tym razem z powodu wytworzenia się dużego ropnia podskórnego na lewym pośladku, przyczem podkreślić należy samoistne powstanie ropnia wobec tego, że jak wynikało z wywiadu i przebiegu leczenia, wszelkie zastrzyki domięśniowe wykonane były po stronie przeciwnej. Punkcja ropnia, przeprowadzona przez chirurga dała ropę zawierającą w posiewie bacillus pyocyaneus. Stan pacjenta uległ od tego czasu znacznej poprawie, przyczem w miejsce dotychczasowej aphonji utrzymuje się tylko jeszcze chrypka.

2. Kol. *Małuj* przedstawia pacjenta l. 30 z rozpoznaniem *tbc. pharyngis et laryngis* (*postać Isamberta*).

3. Kol. *Wróblewski* przedstawia pacj. l. 45, który zgłosił się celem zbadania gardła. Pacjent nie odczuwał dotąd żadnych dolegliwości, połykanie i oddech prawidłowy, czasem po twardych kęsach występowało krwawienie do jamy ustnej. Przed 15 laty lekarz-dentysta przy badaniu zwrócił pacj. uwagę na zmia-

ny chorobowe w gardle. Badanie przedmiotowe stwierdziło u chorego mowę niewyraźną bełkoczącą; w gardle guz obejmujący całe podniebienie miękkie od miejsca przyczepu do podniebienia twardego oraz języczek. Uvula długa na 5—6 cm. spada wolno do gardła dolnego. Szerokość guza u nasady około 4 cm. X 3 cm. Guz wykazuje powierzchnię nierówną, guzkowatą o zabarwieniu ciemnowiśniowem, o miękkiej spoistości. Gruczoły limfatyczne podszczękowe szyi, karku zmian nie wykazują. Rozpoznanie przypuszczalne: *Haemangioma cavernosum.* Ustalenie rozpoznania nastąpi po zbadaniu histo-patologicznem wycinka. Ze względu na znaczne rozmiary i długotrwałość procesu przy równoczesnym braku dolegliwości guz należy do rzadkich.

4. Kol. *Kozaryn* przedstawia przypadek *rzadkiego powikłania po anginie w postaci strumitis circumscripta abscedens* u pacjenta trzydziestoletniego.

5. Prof. *Laskiewicz* przedstawia pacjentkę l. 32 z rozpoznaniem daleko posuniętej *ozaeny* w stanie znacznej poprawy po leczeniu zapomocą hemoterapji, u której po uprzedniem leczeniu 2-letniem objawowem (zapomocą płukania przetworu lugolu, jodu do wnętrza), zastosowano leczenie autohemoterapją pod muszlę dolną i domięśniowo. Poprawa w nosie pojawiła się dopiero po 30-tym zastrzyku w postaci ustąpienia cuchnienia i zasychania strupów, pojawienia się większej wilgotności śluzówki. Od czasu (8 miesięcy) tego poprawa ta pozostała stałą.

6. Przypadek drugi dotyczy pacjenta J. D. l. 19 z rozpoznaniem *fibroma iuvenile*, przedstawionego już na poprzednich zebraniach, u którego po 3-letniem leczeniu z przerwami zapomocą pętli gorącej, elektrokoagulacji i ostatecznie podwiązaniu a. carotis externa nastąpiło zupełne wyleczenie w postaci zniknięcia guza bez śladu. Wystąpiła natomiast teraz znaczna atrofja śluzówki jednostronna, zbliżająca się już do zaniku charakterystycznego dla ozeny.

7. Załącza się pokaz *rhinolitu* wydobytego z lewego nozdrza wielkości 3,5 cm. X 1,5 cm. u pacjentki 20-letniej, który ze względu na to że był wklinowany w dno nosa z trudem dało się usunąć zapomocą kleszczy Hartmanna po uprzedniem przepołowieniu go (w załączeniu roentgenogram). Jamy boczne zmian nie wykazały.

8. Pokaz *rentgenogramu czaszki z rozpoznaniem rentgenologicznem tumor przysadki mózgowej* u pacj. 40-letniego (badanie rinologiczne zmian chorobowych nie wykazało). Neurologicznie objawy atrofji nerwu wzrokowego połowicze.

9. Pokaz rentgenogramu krtani i gardzieli pacj. N. H. l. 35 z rozpoznaniem klinicznem: *Carcinoma plano-epitheliale keratodes hypopharyngis*, z charakterystycznemi dla nowotworu tego złogami wapnia w chrząstkach tarczykowej i obrączkowej.

10. Kol. *Glabisz* przedstawia *przypadek ciała obcego, wyciągniętego z przełyku*, a mianowicie *protezy zębowej z dwoma haczykami*, znajdującej się w odległości 30 cm. od brzegu zębów poniżej cieśni przełyku

W nawiązaniu do przypadku przedstawionego przez Kol. Małuja, kol. Dzięcioł wskazał na tę rzadko spotykaną postać gruźlicy górnych dróg oddechowych opisaną przez Isamberta pod koniec ubiegłego stulecia. Cechą swoistą tej jednostki chorobowej są zmiany widoczne gołem okiem na śluzówce gardzieli i podniebienia pod postacją bezładnie rozsianych gruzełków gruźliczych, które z biegiem czasu zlewają się, tworząc większe owrzodzenia. Rokowanie tej nader złośliwej formy gruźlicy jest bardzo wątpliwe. Naświetlanie lampą Wessely'ego sprowadza w każdym razie zahamowanie procesu chorobowego.

Dworczykówna.

Posiedzenie z dn. 15.I 1932 r.

I. Prof. *Laskiewicz* przedstawia *rentgenogramy z czterech przypadków szczelinowatych pęknięć kości nosowych po urazie.* Następnie dwa przypadki:

1) W pierwszym przypadku chodziło o mężczyznę l. 31, który został uderzony tępem narzędziem w grzbiet nosa tak silnie, że powstało złamanie obu kości nosowych, jak wykazuje zdjęcie rentgenologiczne, w górnych ich częściach, a prócz tego złamanie przegrody kostnej nosa w obrębie blaszki pionowej kości sitowej. Z objawów zewnętrznych podpadł obrzęk, całego grzbietu nosa guzów czołowych i obu powiek górnych, a prócz tego 2 rany na grzbiecie nosa, dług. około 3 cm. W rhinoscopia anterior duży krwiak przegrody. Po ustaleniu odłamków przy pomocy tamponady wewnątrznosowej chorego zatrzymano w Klinice. Następnego dnia wystąpiła znaczna hemoza spojówek ocznych po obu stronach, a ciepłota utrzymywała się przy 38,5^0 C. Pod wpływem leczenia miejscowego i zastrzyków dożylnych hemthysalu udało się sprawę zlokalizować i chory po 14 dniach opuścił Klinikę w stanie wyleczonym.

2) Przypadek drugi był co do obrazu i przebiegu klinicznego o wiele cieższy. Chodziło mianowicie o dziecko l. 3, które przywieziono do Kliniki z ciężkiem złamaniem powikłanem nosa po uderzeniu kopytem końskiem w twarz. Stan w chwili przyjęcia przedstawiał się następująco: nos w części górnej w całości zapadnięty wgłąb, tworzy z płaszczyzną czołową kąt zbliżony do prostego. Przy obmacywaniu grzbietu i korzenia nosa wyczuwa się wyraźne chrzęszczenie odłamków kostnych. Prawe skrzydełko nosa oraz skórna część przegrody nosa wykazuje powierzchowne obrażenie. Duży krwiak przegrody chrzęstnej nosa utrudnia wejrzenie. Zdjęcie rentg. wykazuje złamanie kości nosowych w okolicy ich nasady z przemieszczeniem wgłąb jamy nosowej; przesunięcie odłamków kostnych wewnętrznej ściany oczodołu oraz częściowo także przyśrodkowej części krawędzi dolnej oczodołowej, złamanie w kilku miejscach przegrody kostnej z przemieszczeniem apertura nasi. Obrzęk górnej wargi z wyraźnem podbiegnięciem krwawem. Obrzęk nasady nosa oraz obu powiek górnych i dolnych, utrudniający obejrzenie gałki ocznej. Po częściowem zreponowaniu odłamków kostnych i ustaleniu ich przy pomocy tamponady wewnątrznosowej, ranę na twarzy zaszyto a nazewnątrz założono opatrunek ustalający. Na drugi dzień wystąpiły wyraźne objawy oponowe, ciepłota utrzymywała się przy 39^0 C. Stosowano zastrzyki dożylne cylotropiny i lód na głowę. Dopiero na 12-ty dzień od chwili wypadku ciepłota zaczęła zwolna opadać, a po dalszych 6-ciu dniach dziecko było już bez temperatury. Również obrzęk powiek i nosa ustąpił całkowicie.

II. Kol. *Kozaryn* przedstawia przypadek *fibroma iuvenile* u chłopca 15 lat L. E. u którego leczenie zapomocą electrocoagulacji (raz w tygodniu, razem 87 posiedzeń), połączone z naświetlaniami prom. rentg. (trzy naświetlania w odstępach 3-tygodniowych) i zastrzykami codziennemi arszeniku (podskórnie) doprowadziło do znacznego skurczenia się guza i od chwili pierwszego badania, kiedy guz wypełniał jeszcze całkowicie jamę nosogardłową pod wpływem dotychczasowego leczenia zmniejszył się do rozmiarów małego orzecha laskowego, odsłaniając przytem częściowo strop nosogardzieli i lewą choanę, przywracając tem samem drożność lewej połowy nosa. Stan pacjenta uległ znacznej poprawie wobec ustania dawniej częstych krwotoków.

III. Kol. *Iwaszkiewicz* przedstawia dwóch pacjentów *z plastyką parafinową nosa:* jednego z plastyką zewnętrzną nosa, u którego pourazowy siodełkowaty grzbiet nosa wyrównano zastrzykując 2,5 cm.^{3} parafiny; drugiego z plastyką wewnętrzną nosa, u którego po podwiązaniu arteriae carotis ext. sin. naskutek krwotoków po wycięciu guza nosogardzieli wystąpił silny zanik błony śluzowej nosa; w wypadku tym wstrzyknięto 2 cm.^{3} parafiny pod błonę śluzową dna nosa i muszli dolnej.

Kol. *Iwaszkiewicz* referuje *przypadek ciężkiego powikłania ropnia okołomigdałkowego tylnego* u pacjenta 30 letniego z silnym obrzękiem błony śluzowej bocznej ściany gardła oraz twardym naciekiem na szyi po stronie prawej, u którego chcąc otworzyć ropień dokonano cięcia wzdłuż m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Ogniska ropnego jednak nie znaleziono, natrafiono natomiast na krwiak, leżący koło vena jugularis i tętnicy dogłowowej wewnętrznej (aneurysma spurium), po usunięciu którego nastąpił silny krwotok z żyły i tętnicy dogłowowych. Żyłę szyjną i tętnicę szyjną wspólną podwiązano, a górną jej część wytamponowano aż w obręb bulbus v. iugularis. Po 36 godzinach pacjent dostaje krwotoku z gardła, nastąpiło bowiem przebicie naciekłej ściany bocznej gardła i krwawienie z obwodowej części art. carotis int. Wśród silnego nieustającego krwotoku następuje zejście śmiertelne. Referent zaznacza, że w czasie operacji ograniczono się tylko do podwiązania żyły szyjnej; w tego rodzaju wypadkach należy także tamponować zatokę esowatą; nie dokonano tego z powodu złego stanu pacjenta podczas operacji.

Dalej należy podkreślić, że tego rodzaju powikłania zdarzają się częściej przy płonicy na skutek wytworzenia się ropnia pozagardłowego bocznego i zropienia gruczołów chłonnych szyjnych. W dyskusji zabiera głos prof. Laskiewicz, zaznaczając że zazwyczaj występuje częściej nadżarcie tętnicy szyjnej wewnętrznej, nie żyły, albowiem tętnica leży pod żyłą i odgraniczona jest od tej ostatniej powięzią łącznotkankową. W infekcjach szybciej przebiegających, jak w tym wypadku, zostaje pominiętą tętnica, jako mająca silniejszą ścianę.

IV. Kol. *Banasiuk* referuje wynik pierwszych prób *leczenia przytępień słuchu zapomocą prądów o wysokiej częstotliwości przyrządu t. zw. U-Strahlera.*

Dworczykówna
(sekretarz)

Posiedzenie z dn. 29.IV 1932.

I. 1) Prof. *Laskiewicz* przedstawia przypadek *ropnia mózgowego prawego płatu skroniowego.* Pacj. lat 27, który zachorował przed trzema tygodniami na ostre zapalenie ucha środkowego prawego. Pomimo wykonania paracentezy gorączka utrzymywała się przy 38,5^{0}C, a ostatnio wystąpiły silne bóle i zawroty głowy, mdłości, oraz oczopląs zaznaczający się wyraźnie w stronę prawą. Przy operacji doszczętnej po odsłonięciu opony twardej natrafiono na zmiany ziarninowate na tejże oponie. Nakłócie próbne płatu skroniowego w kierunku ku przodowi dało niewielką (1,5 cm^3) ilość ropy. Założono dren grubości 3 mm, który po dwuch dniach zmieniono na dren o średnicy 5 mm. Ropa wypływała wolno, ciepłota waha się między 37 a 37,6^{0}C, bóle głowy ustały, oczopląs samoistny nadal się utrzymuje. Codzienna zmiana opatrunku z aspirowaniem wydzieliny z wnętrzy ropnia przy pomocy pompy wodnej ssącej Körtinga z cienkiemi nasadkami jak do płukania jam bocznych. W ten sposób unika się płukania, które mo-

że mieć wpływ niekorzystny na oczyszczanie się ropnia i ewentualne jego rozszerzanie się wgłąb.

2) Pacj. lat 19 T. J. z ropnem zapaleniem ucha środkowego, u którego podczas operacji radykalnej naskutek daleko posuniętej martwicy kości wyrostka sutkowego nastąpiło przy dłutowaniu *pęknięcie kości skalistej* przez ścianę zewnętrzną błędnika i w związku z tem otwarcie samoistne błędnika. Następnego dnia wystąpiły objawy zapalenia błędnika i opon mózgowych. Wykonano nakłócie rdzenia z odpuszczeniem 20 cm płynu mózgowo-rdzeniowego i wstrzyknięciem surowicy przeciwpaciorkowcowej wielow. w ilości 5 cm. do kanału rdzeniowego. Już po czwartym razie nastąpiła poprawa, tak że pacj. obecnie jest już na drodze do wyzdrowienia (ustąpienie zupełne objawów meningealnych).

3) Prof. *Laskiewicz* przedstawia *roentgenogram ciała obcego w hypopharynx* u chorego lat 26. Roentgenogram dotyczy igły połkniętej, która w czasie przygotowania do ekstrakcji drogą endoskopji, a mianowicie podczas pendzlowania śluzówki gardła dolnego kokainą została samoistnie wyrzuconą na zewnątrz. Fakt ten zasługuje o tyle na uwagę, że jak wykazało zdjęcie roentg., igła była zwrócona końcem ostrym w górę.

Załącza się 2 zdjęcia roentg. z rozpoznaniem *Ca hypopharyngis i Ca laryngis* z charakterystycznemi dla obu spraw chorobowych rozległemi ogniskami zwapnienia chrząstki tarczykowej.

II. 1) Kol. *Wieleński* referuje o przypadku, który dostatecznie ilustruje, jakie *trudności rozpoznawcze nastręczają utajone ropnie mózgowe pochodzenia usznego* i jak ogólne objawy takiego ropnia mogą być ukryte nieomal aż do śmierci chorego. Dnia 4.V b. r. został przyjęty do szpitala SS. Elżbietanek w Poznaniu pacjent zamiejscowy z objawami ogólnego osłabienia, który w ostatnim czasie przechodził grypę i był niezdolny do pracy. W sześć dni po ustąpieniu grypy lekarz kolejowy uznał go przy badaniu za zdolnego do pełnienia służby, co też pacj. uczynił, odczuwając przytem bóle głowy. W trzy dni potem wystąpiło nagłe osłabienie z którem odesłano go do szpitala. Przy badaniu sensorjum wolne; przy badaniu ucha wyciek ropny, cuchnący, okolica wyrostka wolna, oczopląsu i objawów oponowych brak, ciepłota 37 C, tętno regularne, dobrze napięte, zwolnione. Silne bóle głowy w okolicy potylicznej, podejrzenie na ropień móżdżku pochodzenia usznego, następnego dnia wystąpiła wyraźna już senność oraz objawy zapadu, wobec czego po naradzie z chirurgiem odstąpiono od zabiegu operacyjnego. Następnego dnia chory zmarł. Sekcja potwierdziła w zupełności rozpoznanie kliniczne ropnia utajonego w prawym płacie dwubrzusznym móżdżku wielkości orzecha laskowego. Prelegent podkreśla, iż ropień wspomniany istniał już prawdopodobnie czas dłuższy nie wywołując większych dolegliwości. Podobnie jak i ropotok po tejże stronie, trwający kilka lat, nie dawał prawie żadnych dolegliwości. Dopiero na skutek przebytej niedawno grypy sprawa zapalna nasiliła się tak znacznie, iż przyszło do powikłań wyżej wspomnianych, które zakończyły się zejściem śmiertelnem.

2) *Przypadek dziecka* lat 12, przywiezionego do szpitala św. Józefa z wysoką gorączką oraz z *objawami oponowemi*; przy badaniu otjatrycznem ucha prawego: w przewodzie duży polip, wypełniający szczelnie światło przewodu. Bolesność znaczna przy ucisku wyrostka sutkowego. Nakłócie lędźwiowe wykazało płyn mętny pod ciśnieniem bakterjologicznie jałowy. Wobec powyższych objawów oponowych i ogólnego osłabienia poprzestano tylko na wycięciu polipa usznego

i wytamponowaniu przewodu. Następnego dnia ciepłota spadła do normy. objawy oponowe ustąpiły całkowicie. Dopiero po ogólnem wzmocnieniu chorego wykonano operację doszczętną z usunięciem resztek wyrośli polipowatych z jamy bębenkowej. Nakłócie lędźwiowe powtarzano kilkakrotnie, dopiero za czwartym razem płyn mózgowordzeniowy okazał się przeźroczysty. Przebieg pooperacyjny dobry, dziecko opuściło szpital w stanie wyleczonym. W dyskusji zabierali głos Prof. Laskiewicz i kol. Iwaszkiewicz.

Dworczykówna.

Posiedzenie z dnia 1 lipca 1931 r.

I. 2) Kol. *Banasiuk* przedstawia 2 przypadki *tocznia* (*lupus vulgaris*) lupus cavi nasopharyngei, vestibuli narium, epiglottidis et gingivarum w stanie znacznego polepszenia u mężczyzny lat 23, u którego zastosowano leczenie skombinowane elektrokoagulacją (razem 3-krotne w jamie nosowej i 4-krotne dziąseł) oraz naświetlaniem lampą Kromayera z nasadką Cemacha do krtani. W krtani zastosowano leczenie promieniami X w ilości 9-ciu naprzemian z naświetlaniem lampą Kromayera i kilkakrotnem pendzlowaniem 60% rozczynem kwasu mlekowego. Obecnie zaznacza się wielka poprawa zwłaszcza w nosie i jamie nosowogardłowej.

2) Przypadek dotyczy kobiety lat 31 z toczniem nosa, wargi górnej i podniebienia twardego ze znacznem zniekształceniem konfiguracji nosa na skutek rozległych ubytków koniuszka nosa i skrzydełek nosowych, u której zastosowano również elektrokoagulację (w ilości 15-tu posiedzeń) naprzemian z naświetlaniami lampą Wessely'ego z dobrym wynikiem.

3) Przypadek *pansinuitis* u pacj. S. W. lat 21 z zajęciem równoczesnem zatoki czołowej, klinowej, komórek sitowych i zatoki górnoszczękowej po obu stronach. Pacj. od roku znajduje się w obserwacji Kliniki. Poza otwarciem endonasalnem tychże zatok z następowem aspirowaniem wydzieliny przy pomocy kaniul do płókania jam bocznych, połączonych z pompą wodną, zastosowano jeszcze naświetlania promieniami Roentgena i zastrzyki jodipiny domięśniowo w ilości 15 zastrzyków à 3 cm^3 i wkładanie do nosa tamponów z Antivirusem co 2-gi dzień.

II. Kol. *Iwaszkiewicz* przedstawia przypadek *pyemji w związku z ropnem zapaleniem ucha środkowego* u pacj. lat 25, która wystąpiła wskutek powikłania ropotoku thrombozą zatoki esowatej (perisinuitis et thrombophlebitis sinus sigmoidei) wobec czego wykonano operację radykalną ucha z podwiązaniem żyły jarzmowej (v. jugularis int.) Przerzuty pyemiczne wystąpiły przeważnie pod skórą kończyn i tułowia z ominięciem narządów węwnętrznych. W leczeniu ich poza nacięciem ropni chirurgicznie stosowano autowakcynę z wyhodowanego gronkowca białego i z nieznaczną tylko poprawą, natomiast zastrzyki neodmesta dały wynik dobry.

III. Prof. *Laskiewicz* przedstawia rzadki przypadek *neurogliosarcoma* w trakcie leczenia naświetlaniami promieni Roentgena (rozp. anat. patol.) zajmującego cały błędnik sitowy i jamę Highmora u dziecka 5-letniego, dającego znaczne wysadzenie gałki ocznej prawej (protrusio bulbi) i przesunięcie przegrody nosa w lewo; w pierwszym rzędzie było podejrzenie na sarcoma. Próbny wycinek wzięty od strony jamy nosowej zadecydował o rozpoznaniu neurogliosarcoma. Prelegent zwraca uwagę na rzadkość przyp. pochodzącego często od wrodzonych uwypukleń

oponowych p. blaszkę sitową do nosa. Drugi przypadek dotyczy dziecka 3-letniego, przyjętego na oddział Kliniki Okulistycznej U. P. z powodu amaurozy i ptozy prawostronnej. Ze względu na wyciek ropny z jamy nosowej skierowano pacj. do Kliniki Laryngologicznej celem ustalenia przyczyny powikłań ocznych. Brak poprawy w stanie pacjenta mimo szerokiego otwarcia zatok sitowej i klinowej nasunął podejrzenie zachorzenia gruźliczego jam bocznych nosa (poparte zdjęciem roentgena, wykazującem znacznego stopnia zniszczenie kości w obrębie siodełka). Lecz wobec tego, że w trakcie leczenia, mimo ciężkiego stanu pacj., rodzice zabrali dziecko z Kliniki do domu, a próba Pirqueta była ujemna, nie można było przeprowadzić jeszcze innych badań uzupełniających w celu potwierdzenia przypuszczalnego tła gruźliczego schorzenia.

Prof. *Laskiewicz* demonstruje *2 zdjęcia lipjodograficzne torbieli zęba trzonowego* z charakterystycznym cieniem owalnym, zwężającym się w kierunku zębodołu i referuje o przypadku ciała obcego (fasoli) w tchawicy u dziecka 5-letniego, który mimo natychmiastowej pomocy zakończył się zejściem śmiertelnem w trzy godziny po usunięciu ciała obcego z tchawicy. Po nieudałych próbach usunięcia ciała tego w górnej tracheoskopji wykonano tracheotomję dolną i usunięto ciało to w tracheoskopji dolnej. Zejście śmiertelne w trzy godziny po zabiegu na skutek osłabienia serca i obrzęku płuc mimo stosowania analeptyków dożylnie i dosercowo.

IV. Kol. *Glabisz* referuje o przypadku *thrombosis sinus cavernosi* w związku z ropnem zapaleniem ucha środkowego. Operacja doszczętna wykonana in extremis pacj. wykazała niezwykle rozległe zniszczenie kości skroniowej z cuchnącą ropą, wydobywającą się przy otwarciu pod silnem ciśnieniem. Referent podkreśla obecność klasycznego objawu protrusio bulbi, charakterystycznego dla zakrzepu zatoki jamistej, pozwalającego postawić absolutnie pewne rozpoznanie.

Pod koniec posiedzenia referuje prof. Laskiewicz o zjeździe Oto-Laryngol. w Warszawie, odbytym w dniu 26 czerwca b. r.

Dworczykówna.

Wiadomości bieżące.

1) Na ostatniem Walnem Zgromadzeniu Polskiego T-wa Otolaryngologicznego ustalone zostały następujące tematy na mający się odbyć we wrześniu roku przyszłego w Poznaniu IV Zjazd Polskich Przyrodników i Lekarzy, oraz Wszechsłowiański Zjazd Lekarski. Ostre ropne zapalenie ucha środkowego; główni referenci Prof. Jan Szmurło z Wilna i D-r Jan Pieniążek z Warszawy. Pierwszy będzie referował sprawę ropotoku ostrego u dorosłych, drugi sprawę ropotoku ostrego u dzieci. Z krajów słowiańskich zgłoszone są następujące tematy:

Czechosłowacja. — Schorzenia allergiczne w otolaryngologji.

Jugosławja. — Znaczenie badania aktu oddychania dla kliniki.

Bułgarja. — Histopatologia oesophagitis corrosiva acuta.

Na każdem posiedzeniu będą wygłaszane referaty tylko związane z referatem programowym. Wszelkie inne będą wygłoszone na ostatniem luźnem posiedzeniu.

2) Z funduszu 1000 zł. ofiarowanego przez prezesa Pol. T-wa Otolaryngologicznego D-ra Jana Czarneckiego otrzymali nagrody: Docent D-r T. Wąsowski

za pracę p. t.: Wpływ próby cieplnej na układ przedsionkowy strony przeciwnej 200 zł. i D-r L. Zamenhof za pracę p. t.: Uproszczona metoda jakościowego i ilościowego badania słuchu — 100 zł.

3) Dowiadujemy się, że Prof. A. Laskiewicz w powrotnej drodze z Kongresu Międzynarodowego w Madrycie wziął udział w Kongresie Oto-laryngologicznym Włoskim w Bolonji, gdzie zabierał głos w dyskusji nad ropniami mózgowemi gdzie przedstawił własne zdjęcia ropni przenikających do komór bocznych. Głównym tematem zjazdu był stan obecny chirurgji przysadkowej ref. prof. Carino. Poza tem dużo uwagi poświęcono sprawie guzów okołotrąbkowych (Bertolotti) oraz guzów tylnej jamy czaszkowej (Besta, Fasiani, Fumarola).

4) Na II Międzynarodowym Kongresie Oto-laryngologicznym uchwalono, że III Kongres odbędzie się za 4 lata w Berlinie pod przewodnictwem prof. v. Eyckena.

5) Dowiadujemy się w ostatniej chwili o śmierci D-ra *Czesława Jakubowskiego* z Poznania, specjalisty chorób płuc i gardła, ucznia zmarłego Prof. Sokołowskiego. Zmarły wspólnie z bakterjologiem Brunnerem jeden z pierwszych zastosował do leczenia chorych na twardziel otrzymaną przez Brunnera w pracowni Szpitala Św. Ducha w Warszawie szczepionkę twardzielową.

Résumé des articles.

Laskiewicz. Contribution à la radiographie des sinus dans l'ozène.

L'auteur étudie la question de la radiographie de la cavité nasale et des sinus paranasaux dans les cas de l'ozène. Dans ses recherches il se base sur l'opinion de Lautenschläger qui observait toujours chez les ozéneux la sclérose et l'éburnéation des parois osseuses du nez et des sinus. De 50 malades examinés (30 femmes et 20 hommes) l'auteur a trouvé chez 18 le sinus maxillaire clair, chez 25 — obscur chez 7 — ses contours étaient estompés. Quant aux cellules etmoidales la radiographie a demontré dans 23 cas de l'ozène leur élargissement, leur développement exagéré à côté de la réduction des cloisons intercellulaires. Les sinus frontaux se sont présentés pneumatisés dans 5 cas, diminués dans 18, dans 10 cas l'auteur a constaté sur les clichés l'absence complète des sinus frontaux.

On peut distinguer, selon l'auteur, chez les ozéneux en vertu de la méthode radiographique trois groupes suivants: les malades dont les sinus paranasaux sont symétriques et bien développés; leurs parois sinusiennes sont très fines et délicates; les malades dont les sinus sont asymetriques et bien souvent diminués (ce sont les cas de l'ozène infantile) et les malades avec l'absence complète des sinus et l'epaissis-

sement de la charpente nasale. Dans tous les cas la cavité nasale est nettement élargie.

Le défaut de parallélisme dans l'aspect rhinoscopique du nez et radiographique des sinus est très caractéristique: dans l'ozène grave avec l'atrophie de la muqueuse nasale très marquée les sinus paranasaux peuvent apparaître relativement clairs et transparents.

Sawicz. Contribution à la clinique de l'abcès du cerveau d'origine otique.

Dans cette première partie du travail nous trouvons un court aperçu de la pathologie, de la clinique et du traitement d'abcès du cerveau otique fait par l'auteur à base de la littérature contemporaine.

A. S.

Dobrzański. Oesophagoscopie, son importance diagnostique et thérapeutique.

L'auteur s'occupe de la question de la pathogénie et de la clinique des corps étrangers de l'oesophage. Se basant sur l'expérience de la clinique O.R.L. de Lwów il souligne la grande valeur thérapeutique de l'oesophagoscopie — tous les essais d'extraction à l'aveugle des corps étrangers de l'oesophage sont très nuisibles. L'auteur complète ses considérations par la déscription de plusieurs cas des corps étrangers de l'oesophage traités avec succés par l'oesophagoscopie.

A. S.

Wąsowski. L'épreuve calorique et son influence sur l'appareil vestibulaire contrelatéral.

Pour établir cette influence l'auteur a examiné chez les sujets sains la reflectivité calorique aprés la calorisation préalable de l'oreille du côté opposé. Il a constaté, que le refroidissement ou le rechauffement du conduit externe d'une oreille produisait toujours une augmentation marquée de la réaction calorique non seulement du côté du labyrinthe excité mais aussi de ce du côté opposé. La réaction nystagmique apparait toujours plus vite et dure plus longtemps. Quant au rôle du symphatique dans ce phénomène l'auteur se basant sur ses recherches faites sur les hommes et sur les lapins au moyen du thérmogalvanomètre de Siemens arrive à la conclusion que ce rôle n'est que minime. Les conditions anatomiques — l'entre-croisement des fibres dans le faisceau longquitudinal posterieur—voilà le facteur principal qui cause ce phénomène.

Zamenhof. Méthode facile de l'examen qualitatif et lanquantitatif de l'ouie.

En examinat l'audition l'auteur se sert de la méthode de Hartmann qui consiste dans la définition de la durée de perception auditive dans l'oreille malade pour les diapasons dès C à C^5. Il emplois pour ce but un stétoscope à deux bras dont il introduit un bout dans l'oreille examinée et l'autre dans la sienne. Après avoir mesuré le temps de la durée de perception de l'oreille malade et celle d'examinateur, on divise le premièr nombre par le second et on obtient de cette manière la relation de la perceptiōn de l'oreille malade par rapport à l'oreille saine. L'auteur indique ces chifres successivement sur une échelle les amenant tous au dénominateur général 100. Cette méthode donne le tableau de l'état qualitatif et quantitatif de l'audition et peut dans les cas douteux servir de moyen du diagnostic.

Helman. Prof. Dr. G. Alexander. (Nécrologie).

Laskiewicz. Compte rendu du Congrès O.R.L. des gues latines en Catanie en 1931.

Szmurlo. Compte rendu du II Congrès intérnational à Madrid en 1932.